

Etikkarbeid i kommunal helse- og omsorgstjeneste

- **Evaluering av etikkrefleksjonens innhold og betydning**

Ethics in municipal health and care service

- **Evaluation of ethics reflection content and significant**

Forfattere:

Heidi Karlsen, forsker, Senter for medisinsk etikk (SME), Universitetet i Oslo

h.m.karlsen@medisin.uio.no

Elisabeth Gjerberg, forsker, Senter for medisinsk etikk (SME), Universitetet i Oslo

Elisabeth.gjerberg@medisin.uio.no

Reidun Førde, professor, Senter for medisinsk etikk (SME), Universitetet i Oslo

Reidun.forde@medisin.uio.no

Morten Magelssen, forsker, Senter for medisinsk etikk (SME), Universitetet i Oslo

Morten.magelssen@medisin.uio.no

Reidar Pedersen, professor, Senter for medisinsk etikk (SME), Universitetet i Oslo

Reidar.pedersen@medisin.uio.no

Lillian Lillemoen, forsker, Senter for medisinsk etikk (SME), Universitetet i Oslo

Lillian.lillemoen@medisin.uio.no

Etikkarbeid i kommunal helse- og omsorgstjeneste;

–evaluering av etikkrefleksjonens innhold og betydning

Sammendrag

Bakgrunn: Ansatte i kommunal helse- og omsorgstjenestene står overfor mange etiske utfordringer i sin arbeidshverdag. Det nasjonale prosjektet «Samarbeid om etisk kompetanseheving (2007 – 2015)» i regi av KS, hadde som målsetting å styrke den etiske kompetansen i helse-, sosial- og omsorgstjenestene i kommunene. Etikkprosjektet ble avsluttet som prosjekt i 2015. I den forbindelse har Senter for Medisinsk Etikk (SME) gjennomført en evaluering. Målet med studien var å undersøke hvilke saker de ansatte drøftet i etikkrefleksjon, om etikksatsningen har hatt betydning for tjenestekvaliteten og arbeidsmiljøet, og eventuelt hva slags betydning, og i hvilken grad det hadde bidratt til økt etikk-kompetanse.

Metode: Studien har et kvalitativt design, hvor fokusgruppeintervju med ansatte i direkte pasientrelatert arbeid er benyttet som metode. Studiens funn er basert på ti fokusgruppeintervjuer, med totalt 56 personer.

Resultater: Ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste erfarer å stå i komplekse utfordringer som fordrer faglig kompetanse, men også kompetanse i etikk og helsejuss. Det var stor variasjon mellom og innad i gruppene om hva man snakket om i refleksjonsgruppene, alt fra begreper og etiske prinsipper til mer konkrete problemstillinger fra egen praksis. Situasjoner som omhandlet ulike verdiavveininger synes å være særlig krevende, og utfordret dem på flere måter. De mest omtalte temaene var bruk av tvang, samhandling med pårørende og beslutninger om behandlingsintensitet.

Konklusjon: Studien viser at ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste opplever at etikksatsingen har vært et viktig bidrag til kvalitetsutvikling og kompetanseheving, for å håndtere etiske utfordringer på en bedre måte og ser ut til å ha stor betydning for yrkesutøvelsen og for arbeidsmiljøet.

Nøkkelord: Etisk refleksjon, etiske utfordringer, kvalitet i tjenesten, etikkprosjekt, kompetanse, arbeidsmiljø

Abstract

Background: Employees of the municipal health care systems experience a lot of ethical challenges in their everyday work. The national project "Cooperation on ethical competence (2007 - 2015)" directed by KS, aimed to increase the ethical expertise in health, social and care services in the municipalities. The ethics project was completed as a project in 2015. In that connection, the Centre for Medical Ethics (CME) carried out an evaluation. The aim of the study was to examine what issues the employees discussed in ethics reflection groups (ERG), whether the ethics initiative has had an impact on the quality of the services and work environment, and if so, what kind of impact, and the extent to which it had contributed to increased competence in ethics.

Methods: The study has a qualitative design, where employees in direct patient-related work were interviewed in focus groups. The study is based on ten focus group interviews with a total of 56 people.

Results: Employees of the municipal health and care services experience many complex tasks requiring professional skills, but also situations that require expertise in ethics and health law. There was considerable variation between and within the groups regarding what they talked about in reflection groups, ranging from concepts and ethical principles to the specific problems of their own practice. Situations involving conflicting value judgments appear to be particularly demanding, and the informants presented situations that challenged them in several ways. The most common topics were the use of coercion, interaction with relatives, and decisions about treatment intensity.

Conclusion: The study shows that employees in municipal health and care services find that the ethics initiative has been an important contribution to quality and competence, handling ethical challenges in a better way. It seems to be important for their professional practice and the work environment.

Keyword: Ethical reflection, ethical challenges, quality of service, ethical project, competence, work environment

Innledning

Ansatte i helse- og omsorgstjenestene står overfor mange og komplekse etiske utfordringer som kan være vanskelig å mestre, bl.a. knyttet til ressursmangel, bruk av tvang, samarbeid med pårørende og beslutninger rundt livets avslutning (1-3). Studier avdekker behov for å styrke ansattes etikk-kompetanse og tid til å diskutere etiske utfordringer i arbeidet (2-4).

«Samarbeid om etisk kompetanseheving», videre kalt etikkprosjektet, har vært et nasjonalt samarbeidsprosjekt mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, arbeidstakerorganisasjonene innen helse og omsorg samt kommunesektorens arbeidsgiver- og interesseorganisasjon (KS). Målsettingen var å styrke den etiske kompetansen i helse-, sosial- og omsorgstjenestene i kommunene, blant annet ved å gjennomføre systematisk etikkrefleksjon i tjenestene. Etikkprosjektet er forankret i Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) (5). Prosjektperioden var fra 2007 til 2015. 243 kommuner var rekruttert som deltakere pr. mai 2015.

KS beskriver i sin årsrapport for 2014 at suksesskriterier for etikkarbeidet er *forankring, leders rolle, tid og ressurspersoner*. Dette er i tråd med tidligere evalueringsstudier (6,7), som viser store variasjoner kommunene imellom når det gjelder ressursbruk, lokal forankring, hvilke tiltak som er iverksatt og etikkarbeidets bærekraft over tid. En svakhet ved disse undersøkelsene er at studienes respondenter ofte ikke hadde detaljert kjennskap til det konkrete etikkarbeidet og den betydning satsingen hadde for deltakerne. Dette «kunnskapshullet» ønsker denne studien å belyse.

Målet med studien var å undersøke hvilke saker de ansatte drøftet i etikkrefleksjon, hvilken betydning etikksatsningen har hatt for tjenestekvaliteten og arbeidsmiljøet, og i hvilken grad det hadde bidratt til økt etikk-kompetanse. Denne artikkelen er basert på to forskningsspørsmål; 1) Hvilke situasjoner drøftes i etiske refleksjonsgrupper, og 2) Hvilken betydning opplever de ansatte at etikkarbeidet har hatt?

Hensikten var fremfor alt å fremskaffe kunnskap som kan bidra til videreutvikling av etikkrefleksjon i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Bakgrunn

Mens norske helseforetak er pålagt å ha kliniske etikkomiteer med formål å bidra til etisk bevissthet og kvalitetssikring av vanskelige verdiavveininger, har den kommunale helse- og omsorgstjenesten ingen slike pålegg. Stortingsmelding 25 (2005-2006) oppfordrer imidlertid kommunene til å sørge for etikkopplæring for ansatte i omsorgstjenesten. Studier viser at dårlig håndtering av etiske dilemma svekker tjeneste-kvaliteten, og kan medføre utbrenthet og moralsk stress blant ansatte (8). En målsetting for KS-prosjektet var å stimulere kommunene til å legge til rette for etisk kompetanseutvikling ved å etablere arenaer for systematisk etikkrefleksjon (5). Økt etikkompetanse antas å kunne komme både brukere og ansatte til gode.

Hva sier tidligere studier om nytten av systematisk etikkarbeid?

Evaluering av etikkarbeid i sykehus viser at etikkarbeidet opplevdes nyttig av involverte parter, og at det øker ansattes etiske kompetanse (9-11). En tidligere litteraturgjennomgang viste at det var foretatt få evalueringer av etikktiltak i kommunehelsetjenesten (1). Enkelte studier har for eksempel beskrevet etikkomiteers arbeid i sykehjem (12-14), med fokus på tre oppgaver: drøfting av konkrete case, opplæring av personalet og utforming av retningslinjer. Tre senere studier, hvorav en fra Nederland (15) og to fra Norge belyste erfaringer med refleksjonsgrupper i kommunehelsetjenesten. De norske studiene, som har inkludert helsepersonell som selv har deltatt i etikkrefleksjon, viser at deltakerne opplevde at refleksjonsarbeidet bidro til at de selv fikk en større forståelse for andres perspektiv, en større grad av etisk bevissthet, mer uformell kommunikasjon om etiske spørsmål, og flere og bedre løsninger i håndteringen av etiske utfordringer (16-18). Vi har imidlertid ikke funnet noen studier hvor pasienter er spurt om de opplever at etikkrefleksjon bidrar til økt tjenestekvalitet. Etikkrefleksjonens betydning er kun undersøkt blant helsepersonell.

Etikkprosjektet ble avsluttet som prosjekt i 2015. I den forbindelse gjennomførte Senter for Medisinsk Etikk (SME) en nasjonal evaluering, bestående av to studier; en kvantitativ spørreundersøkelse (19) til alle deltakerkommunene, og en kvalitativ undersøkelse til utvalgte kommuner.

Denne artikkelen er basert på funn fra den kvalitative tilnærmingen, hvor det var ønskelig å evaluere satsingen i større bredde enn det som er gjort tidligere, med fokus på deltakernes erfaringer. Trolig vil resultatene kunne ha overføringsverdi til andre tjenesteområder, og gi tips og råd til kommuner som enten ikke har lyktes eller som ikke har erfaring med systematisk etikkarbeid.

Design, materiale og metode

Studien har et kvalitativt design, hvor data er innhentet fra fokusgruppeintervjuer med ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Fokusgruppeintervjuer, en tilnærming godt egnet for å studere erfaringer, holdninger eller meninger ble valgt for å få frem forskjellige synspunkter (20,21). Fokusgruppeintervjuer kan gi et rikere datamateriale enn individuelle intervjuer ved at dynamikken i gruppeprosessen kommer i tillegg og ved at samtalen utvikles underveis gjennom deltakernes meningsutveksling med hverandre (22,23).

Innholdet i samtalene var basert på en tematisert intervjuguide, som deltakerne hadde fått tilsendt på forhånd. Intervjuguiden inneholdt åtte åpne spørsmål, og omfattet følgende tema:

Hvilke situasjoner har vært drøftet i etikkrefleksjon hos dere? Hvilken betydning vurderer du at etikkrefleksjonen har hatt for deg, for tjenesteutøvelsen, og for arbeidsmiljøet? Hvilke faktorer fremmer og hemmer etikkaktivitetene og utbytte? Har dere erfaring med å ha med brukere og/eller pårørende i etisk refleksjon? Er det nyttig?

Moderatorene stilte spørsmål til gruppen, noterte stikkord, kvalitetssikret utsagn fra informantene med å etterspørre begrunnelser og speile utsagn, samt opprettholdt fokuset under selve intervjuet.

Utvalg og rekruttering

Vi ønsket å komme i kontakt med kommuner som hadde erfaring med etikkarbeid, og som hadde lyktes med implementering og gjennomføring av etikkprosjektet. For å velge ut slike kommuner valgte vi å invitere kommuner som hadde vært nominert til den såkalte etikkprisen. Denne prisen tildeles årlig en kommune som utmerker seg med å jobbe systematisk og langsiktig med kommunalt etikkarbeid. Dette ga et strategisk utvalg på til sammen 11 kommuner, hvor vi tok skriftlig kontakt med ressurspersoner som KS hadde i sitt nettverk. Ti kommuner ønsket å delta, og studien er basert på ett fokusgruppeintervju fra hver kommune, med til sammen 56 personer. Gruppestørrelsen varierte fra tre til åtte deltakere, og besto av assistenter, fagarbeidere, sykepleiere, vernepleiere, sosionom, ergoterapeut og avdelingsledere. Alle informantene hadde erfaring med deltakelse i etiske refleksjonsgrupper, men gruppesammensetningen varierte både når det gjaldt utdannelse, tverrfaglighet og tjenesten de representerte. Majoriteten av deltakerne var kvinner, men aldersmessig var deltakerne spredt fra begynnelsen av tjuårene, til nærmere pensjonsalder. Likeledes varierte deltakernes arbeidserfaring, fra et par år til over tretti års erfaring i kommunehelsetjenesten.

Datainnsamling

Avtale om intervjuer ble gjort av førsteforfatter og den personen som hadde ansvaret for å koordinere dette i kommunene, videre kalt kontaktperson. Kontaktpersonen tok ansvar for å legge til rette for praktiske tiltak, som å invitere deltakerne til fokusgruppeintervju og videreformidle skriftlig informasjon om studien. Intervjuene varte mellom 60 og 90 minutter, og lydopptak ble benyttet. Med unntak av ett intervju deltok førsteforfatter i samtlige intervjuer, og i ett intervju var førsteforfatter alene. I de andre intervjuene var vi to moderatorer.

Analyse

Hermeneutisk innholdsanalyse (20,21) ble benyttet i bearbeidingen av datamaterialet. Lydopptakene ble gjennomgått flere ganger, og førsteforfatter skrev korte referat av hovedtrekkene fra samtalen.

Referatene ble gjennomgått i forskergruppen, og foreløpige temaer ble identifisert, ut ifra de situasjonene som ble beskrevet. Fokusgruppeintervjuene ble så transkribert ordrett, i alt 441 A4-sider med tekst som dannet grunnlaget for den videre analysen. Alle intervjuer er lest og diskutert mellom førsteforfatter og minst én av medforfatterne. Førsteforfatter skrev så sammendrag av samtlige intervjuer ut ifra de hovedtemaene som fremheves i studien, som på nytt ble diskutert i forskergruppen. Analysen foregikk i flere faser. Lydopptakene ble gjennomgått flere ganger, både med og uten det transkriberte materialet. Videre i analysen ble det utarbeidet en analysematrise som bidro til å systematisere og kategorisere data i både hoved- og underkategorier. Kategoriene som ble utviklet, ga en meningsfull inndeling av materialet, basert på de spørsmål som studien reiste. Målet var å bygge bro mellom rådata og beskrivelsen av resultatene ved at materialet ble organisert, fortolket og sammenfattet (24). Analysen ble diskutert med alle medforfatterne, og den videre veien med sammenbinding og helhetsforståelse bidro til en oppfatning om at de ulike situasjonene som informantene beskrev, handlet om flere temaer. Temaene var ofte vevd i hverandre, og kunne inneholde både faglige og etiske spørsmål. For eksempel berører bruk av tvang og behandlingsintensitet av og til også forholdet til pårørende. Av analytiske grunner har vi imidlertid bestrebet oss på å få til en kategorisering. De tre mest fremtredende temaene blir videre presentert.

Forskningsetikk

Datainnsamlingen var basert på informert samtykke, og informasjon om studien ble gitt både muntlig og skriftlig. Deltakerne signerte en samtykkeerklæring før intervjuene startet, og moderator startet intervjuene med en påminnelse om taushetsplikt i gruppen. Under fokusgruppeintervjuene la vi vekt på å ivareta alle deltakere på en respektfull måte, og prøvde å legge til rette for en god interaksjon mellom deltakerne som bidro til spennende gruppediskusjoner for å belyse problemstillingene så nyansert som mulig. Undersøkelsen falt ikke inn under helseforskningsloven og mandatet til de forskningsetiske komiteene. Studien ble i stedet vurdert og anbefalt av Personvernombudet ved Norsk senter for forskningsdata (NSD), prosjektnummer 41968.

Resultater

Enkelte informanter var litt skeptiske i forkant av intervjuene, de var usikre på om de hadde nok erfaring, og var litt engstelig for å svare feil. Etter bare få minutter erfarte vi at diskusjonene gikk livlig, de var engasjert, og flere uttrykte at det hadde vært spennende å delta. Det å høre kollegaers synspunkter og erfaringer opplevdes positivt og lærerikt.

Sentrale temaer i etikkrefleksjonsgrupper

Det var stor variasjon på hva som ble omtalt i refleksjonsgruppene; alt fra betydning av begreper og verdiord som respekt og verdighet, til å drøfte konkrete pasientrelaterte situasjoner. Sistnevnte situasjoner var det som oftest ble drøftet, gjerne beskrevet som «*hverdagssituasjoner*» eller «*utfordringer i hverdagen*».

Bruk av tvang

Bruk av tvang ble hyppig drøftet i etikkrefleksjon, særlig ovenfor personer med demens, psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser. Noen mente at det var mer tvangsbruk tidligere, at tjenesten hadde endret seg de siste tiårene, men innrømmet likevel at bruk av tvang fortsatt forekom mange steder. Pasientens rett til selvbestemmelse versus helsepersonellens vurderinger av hva de anså var til pasientens beste, opplevdes krevende. Ansatte beskrev situasjoner hvor de vurderte at pasientene «ikke forsto sitt eget beste», situasjoner hvor de var i tvil om pasientene hadde evne til å foreta beslutninger og adekvate valg, og om situasjoner hvor det ble brukt tvang selv om pasientene var samtykkekompetente.

Gjentakende utfordringer var: hjelp til personlig hygiene, bevegelsehindrende tiltak, bruk av hjelpemidler som personheis eller heldekkende dresser (for å holde inkontinensutstyr på plass og unngå grising med urin og avføring), skjerming, verbal grensesetting, møte med utagerende pasienter og bruk av overtalelse. På tross av at de ansatte anså at tiltakene var nødvendige, at de ble utført i god mening, erfarte de situasjonene som krevende. Balansen mellom pasienters opplevelse

av tvang og det helsepersonell kalte «lirking og luring» opplevde de som både etisk og juridisk utfordrende.

Grenseoppgangen mellom bruk av tvang og såkalte tillitsskapende tiltak, ofte relatert til personlig hygiene, ble hyppig drøftet. Personalet var kreative i å finne løsninger for å unngå bruk av direkte tvang, men opplevde likevel at enkelte tillitsskapende tiltak som ble iverksatt var i en slags «gråsoner». Et typisk eksempel var å prøve å overtale pasientene selv om vedkommende hadde sagt nei.

Situasjoner hvor pårørende krevde at helsepersonellet gjennomførte tiltak, mot tjenestemottakers vilje, opplevdes ekstra vanskelig, særlig å takle situasjonen på en god måte for alle berørte parter.

Forhold til pårørende

«Pårørende er alltid en het potet her hos oss» ble det uttrykt i et av intervjuene, en formulering som beskriver et hyppig omtalt tema i fokusgruppene. Det kunne være situasjoner der pårørende forventet at helsepersonell skulle gjennomføre tiltak på tross av pasientens motstand, eller uenighet mellom pårørende og helsepersonell om type behandling og behandlingsintensitet. Når slike utfordringer ble diskutert i refleksjonsgruppene, var det dels fordi de var i tvil om hvordan de best kunne håndtere situasjonen, dels fordi de hadde behov for en arena å få «luftet» problemene, og dels fordi de anså at det var viktig at kollegagruppera møtte pårørende og deres krav og forventninger på en konsistent måte.

Noen informanter opplevde å være i en meglerrolle mellom pasient og pårørende, og at pårørende tok avgjørelser over hodet på pasienten. Dette ble særlig omtalt i samhandling med mennesker med psykisk utviklingshemming. Eksempler var begrenset inntak, bekledning, fysisk aktivitet og rengjøring av leiligheten.

Også fra sykehjem ble uenigheter belyst: pårørende forventet at personalet skulle sørge for at pasientene vasket seg, fikk i seg medisiner og mat og drikke, på tross av både verbal og nonverbal motstand fra pasienten. En informant uttrykte det slik: «Men det er jo også tilfeller hvor det er

ektefeller som tvinger pasienten til å spise, som tvinger pasienten opp ... tvinger pasienten til veldig mye og hvor tvang inngår som en del av deres handlingsmønster. Hvordan skal du håndtere den pårørende uten å støte dem, men kunne få til samarbeid istedenfor?»

Samhandling med pårørende hos hjemmeboende pasienter ble også opplevd som utfordrende, særlig i tilfeller hvor det var uenighet mellom det pårørende ønsket og det de ansatte vurderte var riktig. Eksempler var: behov for hjelpemidler i hjemmet, eller at ansatte vurderte at pasienten hadde behov for innleggelse, hvor pårørende nektet. Flere informanter fra hjemmesykepleien beskrev ulike situasjoner hvor pårørende var synlig beruset ved hjemmebesøk. De ansatte var usikre på om pasienten fikk nødvendig oppfølging i hjemmet, om de hadde gjort det de kunne for pasienten, og hvor mye de kunne blande seg inn i privatlivets sfære.

Også innenfor kommunalt psykisk helsearbeid ble samhandling med pårørende erfart som krevende, særlig i tilfeller hvor pasientene nektet sine pårørende å få informasjon om sykdommen: *«For de blir jo veldig berørt som pårørende av psykiatriske pasienter... Når pasienten da ikke ønsker at vi skal informere om noen ting da, også vet vi at de står på dag og natt for å hjelpe dem. Det er ganske vanskelig»*. De kjente på utfordringen med hva lovverket på den ene siden tillater, og på den andre siden forståelsen av hva de pårørende sto i av utfordringer i sin hverdag og behovet for informasjon.

Beslutninger om behandlingsintensitet

Beslutninger om begrensning eller avslutning av livsforlengende behandling var ofte diskutert. Når er tiden inne for å gå fra kurativ til lindrende behandling, for eksempel for en eldre hjemmeboende pasient med en alvorlig kronisk lidelse? *«Ja, når er nok nok? Vi har vel kanskje blitt flinkere til å se det i kreftbehandling, men vanskeligere kanskje... med den gruppa»*, sa en av informantene. Deltakeren fortalte om en pasient som var veldig syk, bodde alene, og hadde gjentatte sykehusinnleggelse. *«...Og mye antibiotikabehandling, sånn at vi... begynte vel å føle at det var vanskelig - overbehandling kanskje?»*.

Ved en rehabiliteringsavdeling opplevde personalet at det kunne være uenigheter mellom fysioterapeutens og legens synspunkter om behandlingsintensitet, særlig hvis pasienten hadde høy alder. «...så står vi som sykepleiertjeneste litt i mellom ...så har du pasienten oppi dette, og der kommer etikken inn i bildet, med pasienten som... jeg føler kan bli litt kasteball mellom avdelinger». Personalet vurderte denne type uenighet som en etisk utfordring.

En informant vurderte at legens inkonsistent knyttet til utredning og behandling var utfordrende. På den ene siden henviste legen en eldre sykehjemspasient til ulike utredninger, på den andre siden valgte samme lege å la være å sette i gang tiltak når resultatene forelå. «Hvilken nytte... selv om man kan utrede noe, skal man gjøre det?» Legens vurdering ble av pleieren ansett som en form for underbehandling. Som pasientens primærkontakt opplevde hun dette som en både faglig og etisk problemstilling.

En annen informant opplevde det motsatte; at beslutninger om behandling kunne bli fattet på feil grunnlag, at redselen for å komme i konflikt med lovverket førte til en del overbehandling: «Jeg føler at lovverket står sterkere enn etikken ... i mange saker». Videre fortalte hun om en tilsynssak, hvor arbeidsplassen hadde blitt uthengt i media. «...og det er jeg litt frustrert over. Jeg føler at etikken blir lagt litt til side fordi at det sier loven..., og vi skal ha ryggen fri på en måte». Hennes opplevelse var at det etiske perspektivet som å handle til pasientens beste, ikke alltid fikk fortrinn. Særlig i spørsmål om behandlingsintensitet knyttet til begrensning eller avslutning av livsforlengende behandling.

Utfordrende situasjoner knyttet til beslutninger om behandling handlet ofte om uenigheter; mellom pasientens uttrykte ønske og det pårørende ønsket, mellom pårørendes ønsker og det helsepersonell opplevde som riktig, eller uenigheter helsepersonell og faggrupper i mellom.

Betydning for praksis

De fleste informantene formidlet et behov for en arena hvor de kunne dele krevende problemstillinger fra praksis. Noen ganger kunne de komme frem til løsninger, andre ganger ikke. Det opplevdes godt å få satt ord på det problematiske og få tilbakemeldinger og synspunkter fra kollegaer. Etikkrefleksjon ble gjennomført på ulike måter, men felles var enigheten om at etikkrefleksjon var et viktig fagutviklingstiltak for avdelingene.

Ingen av deltakerne hadde erfaring med at behandlende lege deltok i etikkrefleksjon, og heller ikke pasient eller pårørende. På spørsmål om årsak, svarte informantene at de ikke hadde tenkt på å invitere dem. Noen vurderte det som litt skremmende å invitere pasient og pårørende, og de trodde ikke at legen hadde tid til å prioritere deltakelse. På tross av manglende deltakelse fra involverte parter i etikkrefleksjon, hadde likevel enkelte ervervet seg kunnskap om å etterspørre berørte parter syn på saken, en kunnskap de til en viss grad anvendte i pasient- og pårørende samtaler.

Etikkrefleksjon høyner kvaliteten på tjenestene

Deltakerne ga uttrykk for at etikkrefleksjon bidro i kvalitetsutviklingsarbeidet, og at tiltaket hadde stor betydning for egen yrkesutøvelse og for kompetanseutvikling i kollegiet. Etikkfokuset bidro til at de ansatte var blitt mer bevisst – på de etiske utfordringene de sto i, på etikk-begreper og prinsipper, og ikke minst på relevant juss. Noen mente at de fått økt oppmerksomhet på etiske problemer, og blitt mer bevisst på å se flere sider ved en sak.

”Mer bevisst” var et uttrykk som ble benyttet også i andre sammenhenger, blant annet om relasjonen til pasientene. *«Jeg har blitt mer bevisst på pasientene, og mer kjent med pasientene gjennom andres øyne, ikke bare meg selv»*. Vedkommende sa at etikkrefleksjon bidro til *«å utvide gangsynet»* og erfarte at kollegagrappa nå i større grad etterspurte begrunnelser for valg og handlinger.

Flere erfarte at etikkrefleksjon bidro til økt refleksjon og engasjement rundt enkeltpasienter, men var usikre på om det var etikkarbeidet alene som hadde bidratt til dette: *«Det er en endring de siste ti*

årene, fra at helsevesenet tidligere hadde mye makt, til at helsevesenet nå er veldig på tilbudssiden».

Andre brukte ord som «... fra paternalisme til mer selvbestemmelse». Endring i helselovgivningen antok de var med på å bidra til denne endringen, og at etikkrefleksjon, fokus på selvbestemmelse og brukervedvirkning bidro positivt.

Valg av refleksjonsmetode varierte mellom deltakerne. Noen benyttet systematiske modeller, andre mer «fri refleksjon». Uavhengig av refleksjonsmetode ble arenaen for å snakke sammen i kollegagrupper vurdert som positivt. Dette vil utdypes i en senere artikkel.

Betydning for arbeidsmiljø

Utsagnet «*Etisk refleksjon er med på at ting skilr litt bedre i hverdagen*» illustrerer det mange deltakere ga uttrykk for: etikkrefleksjon bidro til et mer åpent og smidig arbeidsmiljø. Vedkommende fulgte opp med å beskrive en ansattgruppe som hadde endret seg fra å være problemfokustert – til mer løsningsorientert. Refleksjonsgrupper ble vurdert som en viktig arena i avdelingens liv, også der hvor refleksjonsgruppen trolig fungerte mest som en «debriefingsarena». Arenaen ble sett på som et samlingspunkt for både å drøfte vanskelige saker og et «pusterom» for å reflektere over hvordan de hadde det på jobb.

Økt samarbeid - mer trygghet

Etikkrefleksjonen resulterte i økt kollegasamarbeid, økt støtte og forståelse for hverandre, samt mer åpenhet og trygghet. Dette påvirket deres praksis i positiv retning. Mange beskrev også at de hadde blitt mer kjent med kollegaer, og at det generelt hadde blitt en bredere enighet i kollegagrupper etter innføring av etisk refleksjon. Deltakernes bidrag i refleksjonsgruppene varierte. Noen opplevde å ha kollegaer som var veldig tause. De trodde ikke det skyldtes negativitet til etikksatsingen.

«Kanskje de er redde for å si feil? Redde for å bli møtt med skepsis, latter eller sanksjoner?». Likevel erfarte de at etisk refleksjon ga en positiv gevinst, og hadde bidratt til mer takhøyde for å stille hverandre spørsmål, respondere på hverandres synspunkter og å avdekke uenighet. *«Nå kan vi være enige om at vi er uenig»*.

I perioder med høyt arbeidspress oppleves det særlig viktig å sette av tid til etikkrefleksjon: *«Et godt arbeidsmiljø er alltid godt i flytperioder, i medgang. Hvor godt er det når det blir motgang? For det er jo da det utfordres... Og det er jo der jeg har sett at det er godt å ha hatt denne etikkrefleksjonen».*

Mange erfarte at i de mest hektiske periodene ble etikkrefleksjon ofte en salderingspost. En ansatt i hjemmesykepleien fortalte imidlertid at de hadde opplevd å få beskjed fra lederen sin, at det skulle gjennomføres etikkrefleksjon også når det stormet som verst. Hun fortalte om en situasjon med stort arbeidspress med ansvar for flere palliative pasienter: *«når man springer fra den ene til den andre... står du og gir morfin til en, og så ringer den andre – “nå må hun ha noe”... samtidig så går trygghetsalarmen...».* Da innkalte lederen til etikkrefleksjon: *«Det er et høyt støynivå på jobb når vi er slitne... Og så får vi refleksjon, som bare senker...[skuldrene]»* Det opplevdes godt at de på tross av stort arbeidspress kunne sette seg ned å snakke sammen.

Diskusjon

Resultatene viser spennvidden i noen av de etiske dilemmaene ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste daglig står ovenfor. Situasjonene er både av prinsipiell og praktisk karakter, de utfordrer helsepersonell ved at ulike verdier står på spill, og de trigger følelser som berører de ansatte i hverdagen. Etikkrefleksjon vurderes til å ha stor verdi for denne delen av helsetjenesten, med hensyn til ansattes evne til både å identifisere verdikonflikter, sette ord på det vanskelige og til å håndtere situasjonene på en god måte.

Komplekse etiske utfordringer

Kompleksiteten i hverdagsdilemmaene

Studien viser i likhet med andre studier (2,3) at helsepersonell opplever mange vanskelige og komplekse etiske utfordringer i sin praksis, ofte beskrevet som dagligdagse hendelser som preger hverdagen. Ordet hverdagsdilemmaer kan feilaktig tolkes som om at det handler om bagateller som er enkle å håndtere. Ved å karakterisere alt som hverdagsdilemmaer, kan kompleksiteten og alvorret i situasjoner hvor ulike hensyn, verdier og meninger ikke er sammenfallende, underkjennes.

Tvang brukt i god mening....

Bruk av tvang representerer hyppig etiske dilemma for informantene, noe som samsvarer med andre undersøkelser (2,25-27). Våre funn indikerer at praksis nå i større grad enn tidligere vektlegger pasienters selvbestemmelse. Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og bestemmelser rundt tvang, kan ha bidratt til denne forandringen. Helselovgivningens relativt nye tvangsbestemmelser om tvang i somatikken har imidlertid ikke redusert kompleksiteten i de etiske problemstillingene, men kan ha bidratt til at sentrale hensyn settes ord på og gjøres mer eksplisitt. Likeledes større åpenhet, bevissthet og sensitivitet blant ansatte (28). Helsepersonell utviser stor kreativitet ved bruk av tillitsskapende tiltak for å unngå å bruke tvang (25). Felles for våre informanter var ønsket om å gjøre vel, og tvang ble benyttet i god mening. Likevel ble tvangsbruk ansett som en krevende prosess som utfordret helsepersonellet både profesjonelt og personlig.

Pårørende som berørt part skaper dilemmaer

Uenighet, konflikt og kritikk fra pårørende utfordret mange av informantene i deres arbeidshverdag, i likhet med hva andre studier finner (2,28). Helsepersonell står i krevende situasjoner der det er viktig for dem å ivareta alle parter, inkludert egne verdier og synspunkter. Erfaringer fra kliniske etikk-komiteer (KEK) viser at det er en styrke å invitere involverte parter med i drøftingen, også pasient og pårørende som ønsker å delta (29,30). Dette er ikke vanlig praksis hos våre informanter, men flere ga uttrykk for at de fremover ville vurdere å invitere pasient og pårørende med på etisk refleksjon. Dette på tross av at de opplevde det som noe utrygt. Å etterspørre «de berørte parters syn på saken», hadde enkelte lært seg ved å anvende en systematisk modell i etikkrefleksjon. De opplevde at denne kunnskapen med fordel kunne benyttes i andre pasient- og pårørendesamtaler, og erfarte at dette kunne bidra til å forebygge konflikter, og skape en større forståelse mellom partene. Når et etisk problem drøftes systematisk, bidrar det til at en setter ord på områder som ofte har et forbedringspotensial, identifiserer nye løsninger, og håndterer tvil, uenighet, kritikk og mangler på en konstruktiv måte (3,32).

Beslutninger om behandlingsintensitet

Spørsmål om behandlingsintensitet handlet særlig om følelsesmessig og etisk vanskelige beslutninger ved begrensning eller avslutning av behandling. Ofte kombinert med vektlegging av ulike synspunkter innad i behandlingsteamet eller mellom teamet og de pårørende. Beslutninger om begrensning av livsforlengende behandling er en kjent utfordring i sykehjem og hjemmetjeneste (2), hvor mange pasienter er svært skrøpelige, har et sammensatt sykdomsbilde og hvor alvorlige situasjoner krever viktige beslutninger. I tillegg har Samhandlingsreformen gitt kommunehelsetjenesten ansvar for flere pasienter med komplekse medisinske behov, noe som har ført til flere etiske utfordringer og økt press på tjenesten, større ansvarsområde og økt behov for kompetanse for å ivareta disse pasientene på en best mulig måte (34).

Noe av spenningen i spørsmål om behandlingsavklaringer, kunne sannsynligvis ha vært unngått dersom kommunikasjonen mellom tjenesteyterne hadde vært bedre. Det er tankevekkende at informanter trekker fram at fokuset på jus overskygger oppmerksomheten på de etiske gråsonene og at ønsket om å ha «ryggen fri» får større fortrinn enn å handle til pasientens beste, når beslutninger skal fattes (26,27).

Etikkrefleksjon ser først og fremst ut til å være en arena hvor pleiepersonalet i kommunehelsetjenesten deltar, en arena uten deltakelse fra legene som er medisinsk behandlingsansvarlige. Verdien av tverrfaglig drøfting av etiske dilemma er avhengig av at alle som kan belyse en sak, deltar(1,34,35). Her har legene en helt sentral plass. Felles arena for samhandling om etiske utfordringer, særlig i spørsmål om behandlingsintensitet, vil trolig fremme bedre handlingsalternativer, og bidra til en felles forståelse som reduserer moralsk stress hos pleiepersonalet.

Etisk refleksjon som kvalitets- og samarbeidsutviklende tiltak

Vår studie indikerer i likhet med andre studier at systematisk etikkarbeid kan ha betydning både for kvaliteten i tjenesteutøvelsen, for kompetanseutvikling og for arbeidsmiljøet. Systematisk drøfting av

reelle problemstillinger var engasjerende og bidro til en faglig og personlig vekst. Systematisk etikkrefleksjon øker ansattes evne til å identifisere og håndtere etiske problemstillinger, samtidig som det utfordrer både egen og kollegial kunnskap, faktorer som kan påvirke tjenestekvalitet (10,16,36). Systematisk etikkrefleksjon med utgangspunkt i praksis, bidrar til kunnskapsutvikling, og refleksjon over konkrete hendelser fra praksis kan stimulere til egen læring, kollektiv kompetansebygging og mer fagliggjøring av jobben (37,38).

Deltakerne fremhevet at etikkrefleksjon bidro til å skape mer trygghet i kollegiet. Opplevelse av å være i samme båt, dele utfordrende situasjoner med kollegaer, tåle uenighet og ulike synspunkter førte til en opplevelse av trygghet i teamet og av å stå mindre alene i stormen. Utfordrende problemstillinger, vanskelige prioriteringer og verdiavveininger som det ikke snakkes om, kan føre til opplevelse av økt arbeidsbelastning, moralsk stress og emosjonell utbrenthet (1,39,40). Studien indikerer at refleksjonsarenaen er et viktig tiltak for ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og trolig er behovet for å diskutere utfordringer stort.

Hvorvidt det kun er etikkrefleksjonsgrupper som kan fylle dette behovet har vi ikke grunnlag for å hevde, men i en hverdag som stadig er travel og krevende, bekrefter studien at refleksjonsarenaer har betydning for kvaliteten på tjenestene og for samarbeid.

Styrker og svakheter

Studien presenterer synspunkter fra deltakere i kommuner som i hovedsak har lyktes med etikksatsingen, og er i så måte farget av en positiv holdning til prosjektet. Informantene meldte selv sin interesse for å delta, og kanskje ble de mest positive deltakerne rekruttert?

Styrker for studien er først og fremst at informantene er helsepersonell som har erfart å delta i etikkrefleksjonsgrupper, ikke personer som har hatt et definert ansvar for gjennomføring av prosjektet. I tillegg har vi hatt mulighet for å innhente dybdekunnskap for å besvare studiens

forskningsspørsmål gjennom å bruke fokusgruppeintervju som metode. Samspillet og interaksjonen mellom deltakerne bidro til å fremme refleksjon.

Studiens svakheter baseres blant annet på at det ikke er innhentet data fra kommuner som enten ikke har lyktes eller som har negative erfaringer med deltakelse i etikkprosjektet. Resultatene er basert på erfaringer fra et begrenset utvalg informanter, og metodevalget egner seg ikke for å innhente breddekunnskap. En annen svakhet kan være at vi var flere ulike moderatorer som gjennomførte intervjuene ved at ulike spørsmålsstillinger ble vektlagt, men kan likevel være en styrke da én av moderatorene deltok i ni av ti intervjuer, og at samme intervjuguide ble benyttet i samtlige fokusgruppeintervju.

Det ville også styrket våre funn dersom studien hadde hatt supplerende observasjonsdata og data om opplevelse av tjenestekvalitet. Dette kunne for eksempel vært innsamlet systematisk før og etter implementering av etikkrefleksjon.

Resultatene i denne studien, sammenholdt med resultatene fra den kvantitative studien av den nasjonale evalueringen, vil trolig sammen ha overføringsverdi til andre deler av helsetjenesten, og forhåpentligvis inspirere nye kommuner til å etablere et tilbud om systematisk etikkrefleksjon.

Konklusjon

Etikkprosjektet har vært et omfattende satsningsområde i mange kommuner gjennom flere år.

Resultatene som er presentert her, indikerer at prosjektet har vært et viktig bidrag til kvalitetsutvikling og kompetanseheving for ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Tre temaer synes å være svært sentrale i etikkdrøftingene: bruk av tvang, samhandling med pårørende og beslutninger om behandlingsintensitet. Dette er etiske utfordringer som helsepersonell ofte møter, og som krever både faglig, etisk og juridisk kompetanse.

Etisk refleksjon ser ut til å være et godt tiltak for å bidra til å håndtere etiske utfordringer på en god måte. Studiens deltakere opplever at satsningen har hatt stor betydning for yrkesutøvelsen, både med tanke på egen praksis, samhandling med pasienter/brukere og pårørende, og i kollegiet.

Referanseliste

1. Bollig G, Pedersen R, Førde R. Etikk i sykehjem og hjemmetjenester. *Sykepleien Forskning*. 2009;4(3):186-96. doi: <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2009.0097>
2. Gjerberg E, Førde R, Pedersen R, Bollig G. Ethical challenges in the provision of end of life care in Norwegian nursing homes. *Soc Sci Med*. 2010;71:677-84. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.03.059
3. Lillemoen L, Pedersen R. Ethical challenges and how to develop ethics support in primary health care. *Nurs Ethics*. 2013;20(1):96-108. doi: 10.1177/0969733012452687
4. Forde R, Aasland OG. Moral distress and professional freedom of speech among doctors. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2013 Jun 25;133(12-13):1310-4. doi: 10.4045/tidsskr.12.1385
5. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. St.meld.nr 25 (2005-2006), Mestring, muligheter og mening. Oslo: 2006
6. Gjerberg E, Lillemoen L, Dreyer A, Pedersen R, Førde R. Etisk kompetanseheving i norske kommuner – hva er gjort og hva har vært levedyktig? *Etikk i praksis*. *Nordic Journal of Applied Ethics*. 2014;8(2):31-49. doi: 10.5324/eip.v8i2.1855
7. Boge R. Evaluering av prosjekt; Samarbeid om etisk kompetanseheving. Hovedrapport. Bergen: Senter for omsorgsforskning i Vest, 2010.
8. McCarthy J, Deady R. Moral distress reconsidered. *Nurs Ethics*. 2008 Mar;15(2):254-62. doi: 10.1177/0969733007086023
9. Kalager G, Førde R, Pedersen R. Is the discussion of patient cases in clinical ethics-committees useful? *Tidsskr Nor Legeforen*. 2011 Jan 21;131(2):118-21. doi: 10.4045/tidsskr.10.0183
10. Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD, Dugan DO, Blustein J, Cranford R, et al. Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2003 Sep 3;290(9):1166-72. doi: 10.1001/jama.290.9.1166
11. Molewijk B, Verkerk M, Milius H, Widdershoven G. Implementing moral case deliberation in a psychiatric hospital: process and outcome. *Med Health Care Philos*. 2008 Mar;11(1):43-56. doi: 10.1007/s11019-007-9103-1
12. Thompson MA, Thompson JM. Ethics committees in nursing homes: a qualitative research study. *HEC Forum*. 1990;2(5):315-27. doi: 10.1007/BF00057830
13. Osborne T, Lacy NL, Potter JF, Crabtree BF. The prevalence, composition, and function of ethics committees in nursing facilities: results of a random, national survey of American Health Care Association members. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2000 Mar;1(2):51-7.

14. Weston CM, O'Brien LA, Goldfarb NI, Roumm AR, Isele WP, Hirschfeld K. The NJ SEED project: evaluation of an innovative initiative for ethics training in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2005 Jan;6(1):68-75. doi: 10.1016/j.jamda.2004.12.004
15. van der Dam S, Abma TA, Molewijk AC, Kardol MJ, Schols JM, Widdershoven GA. Organizing moral case deliberation experiences in two Dutch nursing homes. *Nurs Ethics*. 2011 May;18(3):327-40. doi: 10.1177/0969733011400299
16. Børslett EJA, Heilmann G, Lillemoen L, Pedersen R. La etikken blomstre i praksis - en bok om systematisk refleksjon i arbeidshverdagen. Oslo: Senter for medisinsk etikk, UiO. 2011. Tilgjengelig på: <http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikkelsetjenesten/litteratur/pdf/etikkbok-refleksjon2011.pdf>
17. Lillemoen L, Pedersen R. Ethics reflection groups in community health services: an evaluation study. *BMC Med Ethics*. 2015 Apr 17;16(1):25. doi: 10.1186/s12910-015-0017-9
18. Söderhamn U, Kjøstvedt HT, Slettebø Å. Evaluation of ethical reflections in community healthcare: a mixed-methods study. *Nurs Ethics*. 2015 Mar;22(2):194-204. doi: 10.1177/0969733014524762
19. Magelssen M, Gjerberg E., Lillemoen L, Førde R, Pedersen R. Ethics support in community care makes a difference for practice. *Nurs Ethics*. Publisert på nett 22.9.2016. doi: 10.1177/0969733016667774
20. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
21. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal norsk forlag; 2009.
22. Malterud K. *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
23. Halkier B. *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010.
24. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002 Okt 20;122(25):2468-72.
25. Gjerberg E, Hem MH, Førde R, Pedersen R. How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study. *Nurs Ethics*. 2013 Sep;20(6):632-44. doi: 10.1177/0969733012473012
26. Hem MH, Gjerberg E, Pedersen R, Førde R. Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. *Sykepleien Forskning*. 2010;(4):294-301. doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0007
27. Pedersen R, Hem MH, Gjerberg E, Førde R. Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning. *Tidsskr Nor Legeforen* 2013;133(18):1935-9. doi: 10.4045/tidsskr.13.0237

28. Gjerberg E, Førde R, Bjørndal A. Staff and family relationship in Norwegian nursing homes. *Nurs Ethics*. 2011;18:42-53. doi: 10.1177/0969733010386160
29. Førde R, Hansen T. Involving patients and relatives in a Norwegian clinical ethics committee: What have we learned? *Clinical Ethics*. 2009;(4):121-30. doi: 10.1258/ce.2009.009018
30. Førde R, Linja T. "It scares me to know that we might not have been there!": a qualitative study into the experiences of parents of seriously ill children participating in ethical case discussions. *BMC Med Ethics*. 2015;16:40. doi: 10.1186/s12910-015-0028-6
31. Førde R, Pedersen R. Clinical ethics committees in Norway: what do they do, and does it make a difference? *Camb Q Healthc Ethics*. 2011 Jul;20(3):389-95. doi: 10.1017/S0963180111000077
32. Lillemoen L, Syse I, Pedersen R, Førde R. Er kliniske etikk-komiteer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten bærekraftige? *Etikk i praksis. Nordic Journal of Applied Ethics*. 2016;10(2):127-140. doi: 10.5324/eip.v10i2.1939
33. Helse- og omsorgsdepartementet. St.melding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo, 2009.
34. Sæterstrand TM, Holm SG, Brinkmann BS. Hjemmesykepleiepraksis. Hvordan organisering av helsetjenesten påvirker sykepleiepraksis. *Klinisk Sygepleje*. 2015;29(1):4-16.
35. Romøren M, Pedersen R, Førde R. How do nursing home doctors involve patients and next of kin in end-of-life decisions? A qualitative study from Norway. *BMC Med Ethics*. 2016;17(1):5. doi: 10.1186/s12910-016-0088-2
36. Førde R, Vandvik IH. Clinical ethics, information, and communication: review of 31 cases from a clinical ethics committee. *J Med Ethics*. 2005 Feb;31(2):73-7. doi:10.1136/jme.2003.003954
37. Tønnesen S, Lillemoen L, Gjerberg E. Refleksjonsgrupper i etikk: Pusterom eller læringsarena? *Etikk i praksis. Nordic Journal of Applied Ethics* 2016;10(1):1-16. doi: 10.5324/eip.v10i1.1844
38. Gjerberg E, Amble N. Pleie- og omsorgssektoren som lærende organisasjon - Et forsknings- og utviklingsprosjekt. *Sykepleien Forskning*. 2009;4(1): 36-42. doi: 10.4220/sykepleienf.2009.0021
39. Førde R, Aasland OG. Moral distress among Norwegian doctors. *J Med Ethics*. 2008 Jul;34(7):521-5. doi: 10.1136/jme.2007.021246
40. Førde R, Pedersen R, Nortvedt P, Aasland OG. Får eldreomsorgen nok ressurser?. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2006 Aug 10;126(15):1913-6. Tilgjengelig på: <http://tidsskriftet.no/sites/tidsskriftet.no/files/pdf2006--1913-6.pdf>