

MASTEROPPGAVE

Emnekode:

SYK305H.

Navn på kandidat:

Annette Strand Tøllefsen og Aid Bredal Olsen.

En studie om hvordan etisk ansvar oppleves hos helsesøstre og intensivsykepleiere i deres arbeidshverdag.

Dato: 14.05.2017

Totalt antall sider: 71

Forord

Det har vært en berikelse å få mulighet til å fordype seg i dette området innen sykepleie slik vi har hatt mulighet for gjennom masterutdanningen i klinisk sykepleie. For oss har denne studien bidratt til større innsikt og forståelse av vårt etiske ansvar i vår egen praksis.

Det er mange som har bidratt til at vi nå er i avslutningen av vårt masterprosjekt, og det er flere som fortjener en takk.

En stor takk til våre deltakere som har delt sine erfaringer, fortellinger og refleksjoner med oss. Uten dere hadde ikke denne studien latt seg gjennomføre.

Vi ønsker også å rette en stor takk til vår veileder, professor Anne Clancy. Du har vært til en uvurderlig støtte og hjelp for oss. Tusen takk for tålmodig veiledning, omsorg og oppmuntring gjennom hele prosessen. Takk for rask responstid på alle våre henvendelser.

Takk til våre medstudenter og andre lærere tilknyttet vårt kull. Dere har gitt oss gode innspill og diskusjoner på mastersamlingene.

Våre arbeidsgivere; UNN-Opin klinikken og Hamarøy Kommune fortjener også en stor takk for tilrettelegging med permisjoner og økonomisk støtte slik at vi har hatt mulighet for å gjennomføre dette studiet.

Vi vil også rette en takk til Sverre Vigstad for uvurderlig hjelp med End Note og andre oppgavetekniske spørsmål. Takk til Erik Baard Svendsen for gode innspill og hjelp til oversettelse fra norsk til engelsk. Takk til bibliotekar Jan-Frode Kjensli for god hjelp med litteratursøk.

Til slutt vil vi få rette en stor takk til våre tålmodige familier. Takk til Sverre for datahjelp og takk til Rune for lunsjer og lån av kontor. Takk for at dere alltid har stilt opp for oss, støttet oss og holdt ut med oss gjennom hele prosessen.

Vi ønsker også å takke hverandre for utmerket samarbeid gjennom dype daler og opp høye fjell. Dette har vært en krevende, men lærerik prosess.

Sammendrag

Hensikt: Formålet med denne studien er å få en dypere forståelse av hvordan helsesøstre og intensivsykepleiere opplever sitt etiske ansvar i sin arbeidshverdag. På denne måten søker vi å få en bedre forståelse av fenomenet etisk ansvar og likheter og ulikheter mellom de to yrkesgruppene opplevelse av etisk ansvar. Vårt ønske er at denne studien kan bidra til å belyse hvordan helsesøstre og intensivsykepleiere reflekterer over sin praksis når det gjelder etisk ansvar.

Bakgrunn: Slik vi opplever det er etikk en del av sykepleiens kjerne. Etikk er et tema som krever oppmerksomhet via kontinuerlig refleksjon og diskusjon. Etter mange år i klinisk praksis har vi en opplevelse av at oppmerksomheten på etikk og vårt etiske ansvar vies for lite tid. Vi har ikke funnet at en lignende studie med helsesøstre og intensivsykepleiere sammen, har vært gjort tidligere.

Metode: Vi har gjort en kvalitativ undersøkelse og har benyttet en hermeneutisk fenomenologisk metode. Her har vi støttet oss til Van Manen (1997). Vi har intervjuet fem helsesøstre og fem intensivsykepleiere. Gjennom semistrukturerte intervjuer har vi søkt å få frem fortellinger relatert til deres opplevelse av etisk ansvar.

Teoretisk rammeverk: Vi har i vår oppgave diskutert våre funn i lys av følgende teori: Vi har benyttet Clancy og Svensson`s (2007) studie angående fenomenet etisk ansvar og dets dimensjoner. Vi har også anvendt Wallinvirta (2011) i forhold til begrepet ansvar i omsorg, samt Nathaniel (2006) og hennes teori vedrørende moralsk regnskap. Som filosofisk overbygging har vi benyttet Lévinas etikk (Lévinas & Aarnes, 2008).

Konklusjon: Resultatet av denne studien viser ulike aspekt av etisk ansvar hos helsesøstre og intensivsykepleiere. Til tross for svært forskjellig ansvarsområde og arbeidsfelt, har vår studie vist at disse yrkesgruppene har en felles opplevelse av etisk ansvar.

Nøkkelord: Intensivsykepleiere, helsesøstre, etisk ansvar, Lévinas, kvalitativ undersøkelse.

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning og formål med studien	1
1.1	<i>Bakgrunn for valg av tema</i>	1
1.2	<i>Avklaring av begreper</i>	2
1.3	<i>Oppgavens innhold og oppbygging</i>	3
1.4	<i>Forskningsoversikt</i>	3
2.0	Teoretisk referanseramme	6
2.1	<i>Ansvar som begrep</i>	6
2.2	<i>Etisk ansvar som filosofisk rammeverk</i>	6
2.3	<i>Ansvar som fenomen i sykepleieforskning</i>	7
2.4	<i>Etisk ansvar i sykepleiens profesjonsetikk</i>	8
3.0	Metode.....	9
3.1	<i>Utvalg og rekruttering av deltakere</i>	9
3.2	<i>Analyseprosess</i>	11
3.3	<i>Datainnsamling</i>	12
3.4	<i>Vår forforståelse</i>	13
3.5	<i>Etiske vurderinger</i>	14
4.0	Resultater.....	15
4.1	<i>Etisk ansvar</i>	15
4.2	<i>Å arbeide alene eller å arbeide i team</i>	15
4.3	<i>Knapphet på tid og ansvar for å prioritere</i>	16
4.4	<i>Personlig engasjement</i>	17
4.5	<i>Personlig ansvar</i>	18
5.0	Diskusjon.....	19
5.1	<i>Grenser</i>	19
5.2	<i>Tid</i>	20
5.3	<i>Bekymring</i>	21
5.4	<i>Å være alene</i>	22
5.5	<i>Personlig ansvar</i>	24
5.6	<i>En følelse av tilfredshet</i>	25
5.7	<i>Metodediskusjon</i>	25
6.0	Konklusjon	27
6.1	<i>Implikasjoner</i>	27
	Litteraturliste	29

VEDLEGG:

Artikkel: Ethical responsibility as experienced by public health nurses and ICU nurses.

Vedlegg 1: Godkjenning fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD)

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema til deltakere

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Oversikt over litteratursøk

Vedlegg 5: Utdrag fra analyseprosess

Vedlegg 6: Bilder fra sortering og inndeling av tema

Vedlegg 7: Forfattererklæring

Vedlegg 8: Samtykkeskjema for publisering av masteroppgaver i Nord universitets åpne
Vitenarkiv, Brage Nord.

Vedlegg 9: Selvvalgt litteratur

1.0 Innledning og formål med studien

Vår masteroppgave er blitt til som et resultat av vår felles interesse for etikk. I det daglige arbeider vi som henholdsvis helsesøster i kommunehelsetjenesten og intensivsykepleier i spesialisthelsetjenesten. Vår arbeidskontekst er således veldig forskjellig. I hver vår arbeidshverdag opplever vi likevel at det er lite oppmerksomhet om det etiske ansvaret vi har i jobbene våre.

Formålet med denne studien er derfor å få en dypere forståelse av hvordan helsesøstre og intensivsykepleiere opplever etisk ansvar i sin arbeidshverdag. Vi ønsker også å løfte frem eventuelle likheter og ulikheter. Å få en bedre forståelse av etisk ansvar kan bidra til å få større innsikt i etiske utfordringer i hverdagen til disse sykepleierne. Denne innsikten kan brukes til å forbedre praksis.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har gjennom mange års klinisk praksis erfart at det er viet lite oppmerksomhet til etisk refleksjon i arbeidshverdagen. Det er når utfordrende situasjoner oppstår at behovet for å dele tanker og vurderinger er av betydning. Vi ser begge at den refleksjonen som foregår ofte blir spontan og tilfeldig, på skyllerom, vaktrom, kjøkken eller lignende. Dermed blir vårt etiske ansvar i hverdagen sjelden løftet frem og gjort eksplisitt. Til tross for dette er erfaringen vår at sykepleiere generelt er oppmerksomme på sitt etiske ansvar. Som sykepleiere er vi forpliktet til å forholde oss til yrkesetiske retningslinjer. Punkt 1 sier at sykepleierne er faglig, etisk og personlig ansvarlig for sine handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie (Sykepleierforbund, 2011).

Vi ser det som spennende og interessant å få mulighet til å undersøke hvordan våre egne yrkesgrupper opplever etisk ansvar ved å gjennomføre denne studien sammen. Vi ønsker å illustrere arbeidshverdagen vår med to korte beskrivelser fra vår egen praksis.

Fra helsesøsters hverdag:

I en travel hverdag har helsesøster ofte liten tid til de gode etiske refleksjonene. Dag- og ukeplaner fylles raskt opp og dagene flyr. Innimellom «enkle» konsultasjoner med vaksinasjoner av friske småbarn, kommer samtaler og oppfølging av ungdommer som sliter i

hverdagen. Enkelte av disse kan være vanskelige, sammensatte og komplekse. Det gjelder å navigere og manøvrere etter beste evne og da trenger jeg som helsesøster både mine fagkunnskaper, kunnskap og kjennskap til ungdommen selv, dennes familie og nettverk, samt kunnskap om hvor og når jeg bør henvise videre. Likevel, de etiske refleksjonene omkring utfordringene blir jeg som regel alene med.

Fra intensivsykepleiers hverdag:

I hverdagen tror jeg intensivsykepleiere med ujevne mellomrom foretar små og store etiske refleksjoner mer eller mindre ubevisst. Her er sjelden noen tilrettelagt arena for dette, men en prat på vaktrommet over en kopp kaffe, på skyllerommet eller på kjøkkenet gir nok bidrag til å få luftet frustrasjoner, samt få innspill fra andre, både de som er involvert i den aktuelle situasjonen og de som betrakter det hele utenfra. Selv om intensivsykepleieren har ansvaret for pasienten er det ofte noen tilgjengelig som man kan diskutere med, både på legevisitt og mer uformelt. Men igjen, det blir helt og holdent opp til den enkelte hvor mye man ønsker å involvere andre i «sin» pasient. Her kommer også tidsfaktoren inn. Er det travelt i avdelingen? Er det rom for å belemre andre med våre bekymringer og undringer?

Ifølge Aakre (2016) er det der hvor kontinuerlig refleksjon av fagkunnskaper, inntrykk og erfaringer foregår, at personlig vurderingsevne og kloke handlingsvalg utvikles. Det er ikke gjennom erfaringene alene vi lærer, men av refleksjoner over våre erfaringer (Aakre, 2016). Med dette som bakteppe ønsker vi med vår masteroppgave å undersøke hvordan helsesøstre og intensivsykepleiere opplever sitt etiske ansvar i arbeidshverdagen.

1.2 Avklaring av begreper

I vår oppgave har vi valgt å bruke begrepet pasient om pasienter i sykehus. Når det gjelder de som anvender sykdomsforebyggende og helsefremmende tjenester i kommunene har vi valgt å benytte begrepet bruker. Vi er oppmerksomme på at både pasienter og brukere omfattes av samme lovverk (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 2001).

Vi har valgt å benytte begrepene deltakere om de intensivsykepleierne og helsesøstrene vi har intervjuet. Både intensivsykepleiere og helsesøstre har et felles fundament gjennom sin grunnutdanning. Derfor vil vi anvende begrepet sykepleier i de sammenhenger hvor yrkesgruppene omtales felles.

1.3 Oppgavens innhold og oppbygging

Masteroppgaven består av en teoretisk kappe og en vitenskapelig artikkel. Funnene fra vår empiriske studie er utdypet og levende beskrevet i artikkelen. Her har vi søkt å være tett på deltakernes opplevelser. I kappen er både funn og diskusjon presentert og diskutert mer overordnet. I artikkelen har vi drøftet funnene våre innenfor de fire temaer vi kom frem til gjennom vår analyseprosess. I kappen derimot er funnene diskutert opp mot ansvarets seks dimensjoner som presentert i studie av Clancy og Svensson (2007), slik at disse dimensjonene fungerer som en ramme for denne diskusjonen. Dette har ikke vært styrende for vår innhenting av data, analyse og presentasjon av funn.

Kappen er inndelt i seks kapitler. Første kapittel beskriver bakgrunn for masteroppgaven og valg av tema. Gjennom vår forskningsoversikt søker vi å presentere tidligere forskning og derigjennom plassere vårt eget prosjekt i en forskningskontekst.

Andre kapittel presenterer en teoretisk referanseramme for masteroppgaven vår. Når det gjelder valg av teori har vi søkt å finne forfattere som har skrevet om begrepet og fenomenet etisk ansvar i sykepleie. Vi har valgt å benytte Levinas som filosofisk rammeverk.

I kapittel tre redegjør vi for valg av metode. Vi presenterer her metode for datainnsamling og analyse. Videre reflekterer vi over vår forforståelse og avslutter med forskningsetiske vurderinger.

I kapittel fire presenteres studiens resultater, og i kapittel fem blir resultatene diskutert opp mot ansvarets seks dimensjoner som beskrevet i studien av Clancy og Svensson (2007). Kapittel fem avsluttes med metodediskusjon, og i kapittel seks avrunder vi kappen med konklusjon og implikasjoner for forskning og videre praksis.

1.4 Forskningsoversikt

Vi har utført systematiske søk i databasene SweMed +, PubMed, CINAHL og Embase i samarbeid med bibliotekar ved universitetsbiblioteket. I tillegg har vi gjort manuelle søk i referanser. Første søk ble gjennomført i begynnelsen av mai 2016. Vi har plukket ut studier fra 2006 – 2016. Dette var et bredt søk og resulterte i 1669 treff. Vi gjennomgikk materialet umiddelbart og plukket ut det vi da anså som aktuelle artikler.

Vi foretok en ny gjennomgang av trefflistene medio desember 2016. Etter dette hadde vi en kunnskapsbase på 46 artikler. Vi har anvendt ulike kombinasjoner (innbefattet OR, AND, trukeringer og mesh) av følgende søkeord: moral duty, moral obligations, ethics, community health nursing, public health nurse, district health nurse, intensive care, intensive care unit, respiratory care, special care unit, nurses, critical care nursing, ethics theory, decision making ethical. I mars 2017 har vi i samarbeid med bibliotekar utført et identisk søk etter artikler publisert fra mai 2016 til medio mars 2017 (vedlegg 4).

Vi har ikke funnet at det tidligere har vært gjort studier hvor man har undersøkt hvordan etisk ansvar oppleves hos helsesøstre og intensivsykepleiere i en og samme studie, ei heller hvor man også har sett på likheter og ulikheter mellom yrkesgruppene. Når det gjelder etisk ansvar blant helsesøstre ønsker vi å trekke frem studien av Clancy og Svensson (2007), som er presentert i artikkelen «Faced with responsibility: Levinasian ethics and the challenges of responsibility in Norwegian public health nursing.» Denne studien har vært en inspirasjonskilde for oss, og er nærmere beskrevet under teoretisk referanseramme. En studie som ikke omhandler etisk ansvar som hovedtema, men som vi mener er verdt å vise til når vårt forskningsfelt skal defineres, er Fjetland og Søreide (2010). Dette er en studie som beskriver etiske dilemmaer blant helsesøstre som veileder foreldregrupper. Her må helsesøstrene balansere mellom foreldrenes ønsker for valg av tema, og gjeldende retningslinjer for veiledning. I tillegg viser studien hvordan etiske dilemmaer via refleksjon kan bli en ressurs i arbeidshverdagen (Fjetland & Søreide, 2010). Dahl, Clancy & Andrews (2014) har utført en studie vedrørende etisk ladede møter og deres mulige innflytelse på profesjonell identitet. Funnene viser at helsesøstre har mot til å håndtere utfordrende situasjoner, noe som også kan bidra til å styrke deres profesjonelle identitet.

Når det gjelder intensivfeltet finner vi mindre forskning som vi mener kan relateres til ansvarsetikk. Vi finner flere spesialiserte studier som er direkte knyttet til enkelte pasientgrupper eller som innebærer spesialisert utstyr og behandling. Vi har blant annet funnet studier som omhandler moralsk stress blant intensivsykepleiere, pårørendes opplevelser i intensivavdelingen samt pasienters opplevelser i en høyteknologisk avdeling. Av relevant forskning på intensivområdet kan vi likevel nevne Fernandes og Moreira`s (2013) studie der de identifiserer etiske problemer slik intensivsykepleiere oppfatter dem i sin arbeidshverdag. De peker på at det å ta raske avgjørelser i et miljø med mangel på ordinasjoner og klare, definerte prosedyrer for handling, kan skape ubehag og fare. Likeså kan dette fremme etiske problemstillinger mellom yrkesgrupper. Områder de anbefaler å studere

ytterligere er betydningen det kan ha å trene på etiske problemstillinger innad i tverrfaglige grupper, for slik å forbedre forståelsen av gruppedynamikken.

I en kvalitativ studie utført av Cronqvist, Theorell, Burns og Lützén (2004) undersøkte de opplevelser i forbindelse med moralske bekymringer innen intensivsykepleie. Her reflekterte sykepleierne over etiske situasjoner i intensivavdelinger. Studien differensierer mellom begrepene å «bry seg om» og «bry seg med.» Å bry seg om henspeiler til sykepleiernes genuine omsorg for pasienten samt følelser, intuisjon og personlige verdier. Å bry seg med er knyttet til oppgaveorientert sykepleie forordnet av andre, med fokus på organisering, rutiner og retningslinjer for praksis. Studien viser at det er viktig å søke balanse mellom å «bry seg om» og «bry seg med.» (Cronqvist, Theorell, Burns & Lützén, 2004).

Numminen, Repo og Leino-Kilpi (2016) har utført en innholdsanalyse der de definerer sentrale begreper knyttet til moralsk mot. Studiens formål var å bringe klarhet i konseptet moralsk mot i sykepleie. Studien konkluderer med at det er behov for sykepleiere som har mot til å handle moralsk i sin yrkesutøvelse.

Nortvedt (2012) har publisert en artikkel hvor han hevder at sykepleieetikk må bli kunnskapsbasert. Han ønsker her å rette oppmerksomheten mot at framtidens sykepleieetikk må baseres på forskning og kunnskap innen relevante områder for klinisk sykepleie. På denne måten vil sykepleiens etikk kunne bli et viktig virkemiddel for sykepleiere i søken etter gode løsninger for både pasienter og pårørende (Nortvedt, 2012).

2.0 Teoretisk referanseramme

I dette kapitlet vil vi presentere vår teoretiske referanseramme. Når det gjelder filosofisk tilnærming til etisk ansvar har vi valgt å benytte Levinas etikk. Med tanke på sykepleieteoretisk fundament har vi valgt å støtte oss til forskning utført av Clancy og Svensson (2007), Wallinvirta (2011) og Nathaniel (2006).

2.1 Ansvar som begrep

For å få en dypere forståelse av ansvar som begrep vil vi fremheve en studie som Wallinvirta (2011) har utført med utgangspunkt i begrepet ansvar. Her gransker hun begrepet ansvar med utgangspunkt i omsorgens etikk. Slik vi forstår Wallinvirta (2011) knytter hun begrepet ansvar mer eller mindre til alt som omhandler etikk innen omsorgsfeltet. Ansvar er etikk og beskrives ofte som plikter og regler som utgår fra lover, forordninger og direktiver. Det er dette Wallinvirta (2011) kaller den «ytre etikkens felt». Slik vi forstår henne kan denne eksplisitte og dominerende betydningen av begrepet føre til at det personlige ansvaret, ansvarets indre innhold, blir utydelig, diffust og implisitt. Med god «indre etikk» forstår vi en relasjonsetikk, hvor sykepleierne viser ekte omsorg for pasientenes behov og ønsker. Dette kommer til uttrykk i en gjensidig respekt for hverandre. Hun diskuterer i sin avhandling hvordan den ytre etikken kan forenes med den indre etikken for å oppnå ansvarsfullhet i sykepleierne handlinger, og viser til at ansvar beskrives som nøkkelen til blant annet forståelse og ansvarsfølelse for pasientene (Wallinvirta, 2011).

Ifølge Wallinvirta (2011) er det ikke mulig å trekke en absolutt grense mellom den indre og ytre etikkens felt. Det bør og skal tilstrebes at den ytre etikken blir en naturlig og synlig del av omsorgskulturen, samt er integrert i enhver sykepleier i tillegg til et utgangspunkt for utvikling av den enkeltes personlige etikk og ansvar. For sykepleierne er De Yrkesetiske Retningslinjer de mest eksplisitte retningslinjer (Sykepleierforbund, 2011).

2.2 Etisk ansvar som filosofisk rammeverk

Slik vi forstår Levinas og Aarnes (2008) er ansvar for den Andre ikke noe man kan velge eller forklare, men et krav og en appell som er der og som jeg må forholde meg til. Dette ansvaret

kan ikke ignoreres da det følger deg som menneske. For Levinas er «den Annens ansikt» et symbol på sårbarhet som kan gjøre oss oppmerksomme på et allerede eksisterende etisk ansvar. Levinas bruker «den Annens ansikt» som metafor for appellen fra den andre som kommer til meg og som jeg må ta ansvar for (Lévinas & Aarnes, 2008).

Tradisjonelt har ontologien vært det bærende i filosofien. Ontologi beskrives som «læren om det værende». Det at Levinas gir etikken forrang som førstefilosofi bryter med denne tradisjonen (Lévinas & Aarnes, 2008). Hos Levinas er den Andre fremtredende. Slik vi forstår han er etisk og moralsk ansvar sammenfallende med den Andres eksistens. Levinas påpeker at alle mennesker er unike og annerledes for hverandre, likevel er ingen mer unike eller mer spesielle. All den tid den Andre er den eneste, er ansvarets retning uproblematisk; appellen kommer fra den Andre til meg. Når derimot den tredjes inntreden er et faktum, blir ansvaret utfordrende. Levinas beskriver at det er da spørsmålet reises om hvordan min relasjon til den andre og den tredje blir. Spørsmålet om rettferdighet dukker dermed opp i sammenheng med den tredjes inntreden. Det er da lover og regler skal sikre at den tredje og alle de andre blir møtt på en ansvarlig måte (Lévinas & Aarnes, 2008).

2.3 Ansvar som fenomen i sykepleieforskning

Gjennom sin forskning løfter Clancy og Svensson (2007) frem fenomenet etisk ansvar. Fenomenet har fremkommet gjennom en filosofisk dybdeanalyse og fortolkning av datamaterialet fra intervjuer med erfarne helsesøstre. De beskriver etisk ansvar gjennom seks dimensjoner. Dimensjonene er tid, personlig ansvar, grenser, ensomhet, opplevelse av betydning, samt bekymring, og viser hvordan etisk ansvar kan komme til uttrykk. Dette illustreres godt gjennom helsesøstrenes opplevelser. Etisk ansvar vil alltid være fundamentalt og de beskrevne dimensjoner vil være til stede som en del av dette ansvaret (Clancy & Svensson, 2007). Deres studie antyder at helsesøstre følte de hadde et større personlig ansvar sammenlignet med sykepleiere i sykehus. De arbeidet hovedsakelig alene, noe de syntes kunne være tungt i utfordrende saker. Å være bevisst på grenser for engasjement og involvering er en del av det etiske ansvar. Ansvar er derfor også å kunne si nei til krav fra andre. Helsesøstrene ga likevel uttrykk for at de følte de utførte en betydningsfull jobb både til barn og deres familier.

2.4 Etisk ansvar i sykepleiens profesjonsetikk

Yrkesetiske Retningslinjer danner fundamentet for vår yrkesutøvelse når det gjelder etisk ansvar. I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skal grunnlaget for sykepleie være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet (Sykepleierforbund, 2011). Sykepleiere har gjennom sine yrkesetiske retningslinjer både et faglig, etisk og personlig ansvar for sine handlinger og vurderinger i sykepleieutøvelsen, samt ansvar for å sette seg inn i gjeldende lovverk for tjenesten (Sykepleierforbund, 2011).

Ifølge Nathaniel (2006) blir sykepleiere utfordret ved at de må forholde seg til pasientrelasjoner og situasjoner som kan oppleves moralsk vanskelig. Det faktum at sykepleiere jobber nært og tett på pasientene bidrar til at de kan bli stående midt i vanskelige etiske og moralske spørsmål og avgjørelser. Moralsk stress er smerte som oppleves både fysisk og psykisk. Dette kan oppstå i en pasientsituasjon hvor sykepleierne er oppmerksom på et moralsk problem, anerkjenner sitt moralske ansvar, og gjør en vurdering angående riktig handlingsvalg. Dersom valgt handling likevel strider mot sykepleiernes moralske vurdering kan moralsk stress oppstå. Nathaniel (2006) har utviklet en grounded theory om moralsk regnskap hos sykepleiere. Teorien ble utviklet under forskning på intensivsykepleieres opplevelse av moralsk stress i intensivavdelinger. Slik vi forstår Nathaniel (2006) vil sykepleiere kunne oppleve et vedvarende stress dersom egne moralske verdier kommer i konflikt med krav og arbeidsoppgaver på arbeidsplassen.

Moralsk regnskap er et videre begrep enn moralsk stress og har som formål å sette fokus på kritiske tidspunkt i sykepleierens arbeidsliv. Slik vi forstår Nathaniel (2006) kan negativ belastning av etisk ansvar resultere i moralsk stress og videre oppsummeres i et moralsk regnskap. Tidligere studier har beskrevet at dersom man ikke tar tidlige signaler på moralsk stress på alvor kan dette i verste fall kunne medføre at sykepleiere distanserer seg fra pasientene eller forlater sykepleieryrket (Nathaniel, 2006).

3.0 Metode

Vi har valgt å benytte en hermeneutisk fenomenologisk metode i vår oppgave og støtter oss her til Van Manen (1997). Slik vi forstår Van Manen er hermeneutisk fenomenologisk forskning opptatt av menneskets livsverden slik den oppleves med alle unike aspekter og variasjoner. Forskningen har sitt utgangspunkt i menneskets livsverden.

I hermeneutisk fenomenologi er mennesket i fokus og begrepet person knyttes til det unike ved hvert menneske. Levd erfaring gir mulighet for fortolkning ved at vi reflekterer over opplevelser og erfaringer i hverdagen (Van Manen, 1997). Slik vi forstår Van Manen (1997) vil den konteksten vi gjør erfaringer i, ha betydning for hvordan vi erfarer og reflekterer over opplevelsen, samt hvilken betydning vi tillegger erfaringene. Denne metoden søker å la erfaringene komme fram slik de fra et fenomenologisk ståsted fremstår. Samtidig vil alle livets fenomener til enhver tid være meningsfullt erfart (Van Manen, 1997), og slik vi forstår det, også fortolket.

I en hermeneutisk fenomenologisk metode starter prosessen allerede før feltarbeidet begynner og fortsetter gjennom hele skrivefasen som en gjennomgående prosess inntil skrivearbeidet er avsluttet (Van Manen, 1997). Hovedmålet med fenomenologisk forskning er å forsøke å gjengi en direkte og opprinnelig «øyeblikks-opplevelse» slik den erfares av den enkelte. Slik vi tolker Van Manen (1997), har hermeneutisk fenomenologisk forskning følgende betydning: Hermeneutisk; fordi det er fortolkning av tekst som omhandler levd erfaring med det formål å avdekke meningen knyttet til den. Fenomenologisk; fordi det er en beskrivelse av et av et fenomen med det formål å avdekke essensen knyttet til fenomenet. Vår hensikt med å benytte denne metoden er å få tilgang til informantenes opplevelser og erfaringer, slik at vi gjennom fortolkning kan komme til en dypere forståelse vedrørende etisk ansvar i arbeidshverdagen hos helsesøstre og intensivsykepleiere.

3.1 Utvalg og rekruttering av deltakere

I startfasen av prosjektet sendte vi søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD) med ønske om å intervju inntil åtte helsesøstre og åtte intensivsykepleiere. Dette for å sikre at vi, dersom vi ikke skulle få tilstrekkelige data fra de fem planlagte deltakerne, hadde mulighet til

å kunne intervju flere. Positivt svar fra NSD forelå 31.05.16. prosjektnummer 48619 (vedlegg 1).

Vi etablerte kontakt med seksjonssykepleiere og ledende helsesøstre i aktuelle avdelinger og kommuner per telefon. Deretter oversendte vi informasjonsskriv vedrørende prosjektet til dem per mail (vedlegg 2). Vi ønsket å rekruttere fem helsesøstre og fem intensivsykepleiere fra klinisk praksis med minimum fem års arbeidserfaring.

En av de rekrutterte deltakerne hadde tre års arbeidserfaring som intensivsykepleier. Med bakgrunn i vansker med å finne intensivsykepleiere som tilfredsstilte inklusjonskriteriene og vedkommendes interesse for å delta, valgte vi likevel å innlemme denne informanten i studiet. Dette ble avklart med veileder. Det ble gjennomført ett prøveintervju av en helsesøster. Dette intervjuet ble ikke inkludert i studien. De helsesøstrene som ble rekruttert til prosjektet kom alle fra små kommuner, mens intensivsykepleierne ble rekruttert fra både små og store intensivavdelinger. Dette var imidlertid ikke en del av våre inklusjonskriterier. Deltakerne var i alderen fra 30 – 60 år. Helsesøster intervjuet de fem helsesøstrene og intensivsykepleier intervjuet de fem intensivsykepleierne. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er det av essensiell betydning at intervjueren har inngående kunnskap om intervjuemnet, dette for å kunne være oppmerksom på hvilke tema som bør forfølges videre.

Etter at deltakerne hadde samtykket til deltakelse, ringte vi dem for å avtale tid og sted for samtale. Det ble lagt vekt på at intervjuene skulle gjennomføres på et uforstyrret sted. Før intervjustart snakket vi uformelt noen minutter med deltakerne for å bidra til en mer avslappet atmosfære. En av deltakerne fikk da på forespørsel utdypende informasjon om ett av spørsmålene i intervjuguiden (vedlegg 3).

De første minuttene av et intervju har stor betydning. Dette fordi deltakerne vil danne seg en oppfatning av intervjueren før de kan meddele opplevelser, refleksjoner og følelser til en fremmed (Kvale & Brinkmann, 2015). Vi brukte de første minuttene av intervjuene til å la deltakerne fortelle fritt om eget yrkesvalg- og bakgrunnen for dette. Intervjuene ble gjennomført i perioden fra juli til oktober 2016. Deltakerne fikk bestemme når og hvor intervjuene skulle finne sted, og samtlige samtykket skriftlig til deltakelse i prosjektet (vedlegg 2). De ble informert om at deltakelse er frivillig samt at de kunne trekke seg fra prosjektet når som helst uten å grunn dette. Alle intervjuene ble tatt opp med diktafon.

Van Manen (1997) peker på nødvendigheten av at det i hermeneutisk fenomenologisk forskning er en og samme person som gjør innsamling og bearbeiding av data. Dette fordi innhenting og transkribering av data er sterkt knyttet til hverandre, noe som utelukker forskningsassistenter. Vi transkriberte derfor selv våre intervjuer.

Vi har begge lest samtlige ti intervjuer grundig, slik at alt datamaterialet er gjennomgått med nye øyne og fra forskjellig ståsted. Vi har foretatt hele analyseprosessen sammen.

Som et ledd i å sikre anonymitet til deltakerne ble intervjuene transkribert fra dialekt til bokmål.

3.2 Analyseprosess

For å ivareta troverdighet på best mulig måte i analyseprosessen leste vi først alle ti intervjuene flere ganger. Dette var et ledd i å danne oss en best mulig oversikt over datamaterialet. Deretter gikk vi sammen igjennom hvert enkelt intervju og merket av ord og fraser som utkrystalliserte seg. På bakgrunn av det som fremkom her, har vi sammen avdekket og isolert temaer som vi mener representerer deltakernes tanker, meninger og erfaringer rundt etisk ansvar i deres arbeidshverdag. Vi ga hvert tema en egen farge for å kunne skille dem fra hverandre. Deretter klippet vi ut alle de fargede utsagnene og limte de opp på plakater under sine respektive tema (vedlegg 6). Vi laget egne plakater for helsesøster -og intensivsykepleier intervjuene. For å synliggjøre vår fremgangsmåte har vi samlet enkelte utsagn i en tabell, som eksempler på abstraksjon opp mot felles tema (vedlegg 5).

Temaene ble revurdert og endret flere ganger i prosessen, og har fungert som knagger i vår forståelse av deltakernes levde erfaringer. På denne måten kan våre tema forstås som strukturbærere av mening. Temaene er som følger: *Å arbeide alene eller å arbeide i team, Knapphet på tid og ansvar for å prioritere, Personlig engasjement og Personlig ansvar.*

Utdrag fra analyseprosess – fra utsagn til tema (vedlegg 5):

Utdrag fra intervjuene	Felles opplevelse for helsesøstre og intensivsykepleiere	Tema
Intensivsykepleier: «Det er jeg som skal ta tak i ting hvis de dukker opp. Og hvis jeg ikke ser det, og hvis jeg ikke har en lege her til å støtte meg, så er jeg helt	Opplevelse av å være alene og/eller	Å arbeide alene og å arbeide i

<p>alene.»</p> <p>Helsesøster: «Jeg har jobbet alene i lange perioder. Dette har vært vanskelig fordi jeg har måttet ta alle avgjørelser på egenhånd. Jeg har ingen andre å støtte meg til, og jeg tror at mange helsesøstre i små kommuner synes dette er vanskelig. Det å ikke ha kollegaer å diskutere med..»</p>	<p>teamarbeid i arbeidshverdagen</p>	<p>team</p>
---	--------------------------------------	--------------------

3.3 Datainnsamling

Vi har valgt en kvalitativ metode for vår studie. Vi har benyttet oss av semistrukturerte intervjuer. Slik vi oppfatter Kvale og Brinkmann (2015) innebærer dette verken en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale. Det er når dagliglivets temaer skal forstås ut fra intervjupersonens egne perspektiver at et semistrukturert livsverdensintervju er særlig godt egnet. Her beskrives livsverden som dagliglivets verden slik den fremtrer, uavhengig av og forut for all forklaring (Kvale & Brinkmann, 2015). Vi ønsket å få frem historier, refleksjoner og opplevelser til erfarne intensivsykepleiere og helsesøstre, samt deres tanker rundt etisk ansvar. Enhver beskrivelse av levd erfaring er en kilde til å få frem forskjellige aspekt av det fenomen som beskrives. Det er et faktum at enkelte beskrivelser vil være rikere enn andre, men når noen deler sine opplevelser med oss, vil det alltid være noe som er relevant for oss å ta vare på (Van Manen, 1997).

Vi har samtalt rundt ulike tema, men likevel vært åpne for at de sykepleierne vi intervjuet skulle få mest mulig frihet til å komme frem med egne tanker og opplevelser vedrørende ansvarsetikk i praksis. Dette mener vi er mulig å gjennomføre med en god tematisk intervjuguide, samt gode forberedelser før intervjuene. Slik vi forstår Van Manen (1997) er det en kunst i det hermeneutiske fenomenologiske intervjuet å holde spørsmålet åpent for seg selv og deltakeren på en slik måte at man samtidig har fokus på kjernen i spørsmålet.

Vi fikk muntlig samtykke til å gjøre notater underveis. Vi benyttet diktafon under intervjuene. Gjennom dette sikret vi oss at vi fikk med oss nyansene i samtalene, som for eksempel pauser, latter, små kommentarer og digresjoner.

Gjennom hele prosessen har vi erfart at det har vært fint å være to i prosjektet. Vi har da kunnet stille kritiske og kreative spørsmål til hverandres tekst og fagfelt. Spesielt så vi nytten av dette i analysen og presentasjon av funnene. Dette fordi vi kunne se på sitater fra den andres fagfelt med uhildede øyne.

3.4 Vår forforståelse

Vi er bevisste på at vår forforståelse vil prege måten vi oppfatter, tolker og beskriver deltakernes fortellinger på. I fenomenologiske studier er utfordringen ikke at vi vet for lite om fenomenet vi skal undersøke, men at vi vet for mye (Van Manen, 1997).

Forforståelsen vår var ved prosjektstart ulik. Vi er oppmerksomme på at denne forståelsen er preget av mange års praksis i det feltet vi studerte. Gjennom bevisste refleksjoner og diskusjoner har vi utfordret vår egen forforståelse for å gjøre denne så eksplisitt som mulig. Det å være bevisst våre antagelser og forforståelse omkring et fenomen har betydning for å kunne se nye aspekter og derved utvikle ny forståelse (Van Manen, 1997).

Helsesøster: Min oppfatning var at intensivsykepleiere arbeidet tett og i team, samt at de til enhver tid hadde noen de kunne rådføre seg med, og derfor aldri kunne føle seg alene. Når det gjelder helsesøstre, var forforståelsen at de fleste arbeidet alene og derfor følte seg alene med sitt etiske ansvar i arbeidshverdagen.

Intensivsykepleier: Min oppfatning når det gjelder intensivsykepleierne var at intensivsykepleiere jobber mye i team, men samtidig kan føle seg alene med tanke på etisk ansvar i pasientsituasjoner. I særdeleshet dersom det er travelt i avdelingen. I forhold til helsesøstre var forforståelsen at arbeidsfeltet var snevrere enn det som gjennom vår studie har vist seg å være tilfelle. Tidligere oppfatning var at helsesøstre hadde sitt hovedfokus på helsestasjonsarbeid.

Vi intervjuet deltakere innen hvert vårt fagområde. Til tross for vår langvarige tilknytning til våre fagfelt som henholdsvis helsesøster og intensivsykepleier, har vi søkt å gå åpent ut for å komme i posisjon til å få best mulig innsikt i deltakernes levde erfaring.

3.5 Etiske vurderinger

Vi er i vår forskning forpliktet til å forholde oss til etiske retningslinjer for å ivareta personvern, frihet og selvbestemmelsesrett for alle deltakere. Det er essensielt at innhentet datamateriale brukes til det formål det er tiltenkt og at resultatene gjøres tilgjengelige (Arnesen & Bechensteen, 2014). Vi har oppbevart og behandlet alt innsamlet datamateriell, dette gjelder både digitale opptak og transkriberte intervjuer vedrørende prosjektet etter gjeldende forskrifter (De nasjonale Forskningsetiske Komiteene).

Det vil innenfor kvalitativ forskning alltid være en mulighet for gjenkjennelse av deltakere (Kvale & Brinkmann, 2015). Våre deltakere ble informert om at de ville bli anonymisert i publikasjoner fra prosjektet. Vi har valgt å tilpasse vår artikkel til et internasjonalt tidsskrift, noe som reduserer sjansen for gjenkjennelse av deltakere.

4.0 Resultater

Målsettingen med vår studie var å undersøke helsesøstres og intensivsykepleieres opplevelse av etisk ansvar. Etter at vi hadde analysert datamaterialet vårt og med nærhet til deltakernes beskrivelser, fremkom det fire temaer som alle belyser ulike aspekter av etisk ansvar. Våre tema er: *Å arbeide alene eller å arbeide i team, Knapphet på tid og ansvar for å prioritere, Personlig engasjement og Personlig ansvar*. Temaene ble løftet frem gjennom deltakernes levende fortellinger. Disse er utdypet med rike beskrivelser i artikkelen. Presenterte funn i kappen er overordnet.

4.1 Etisk ansvar

Vi erfarte at både helsesøstrene og intensivsykepleierne hadde mange refleksjoner og meninger rundt fenomenet etisk ansvar. Deltakerne ga uttrykk for en eksplisitt bevissthet over at etisk ansvar er fundamentalt og grunnleggende i yrkesutøvelsen. Samtlige deltakere var tydelige på at de savnet en formell arena for etisk refleksjon. Viktigheten av å løfte frem bevissthet rundt etisk ansvar i arbeidshverdagen ble påpekt. De fleste helsesøstrene og intensivsykepleierne ga uttrykk for et behov for å reflektere med hverandre og med samarbeidende yrkesgrupper rundt pasienten. Eksempelvis uttrykker intensivsykepleier 5: *«Det er mye etikk i hverdagen, hele tiden, og jeg ønsker større fokus på det.»* Deltakere reflekterte underveis i intervjuene over at etisk ansvar er innvevd i alt vi gjør og alle avgjørelser vi tar i løpet av en arbeidshverdag.

4.2 Å arbeide alene eller å arbeide i team

Alle våre deltakere har en arbeidshverdag hvor samarbeid med andre inngår som en naturlig og nødvendig del. Intensivsykepleierne gir uttrykk for at de har et tett samarbeid med hverandre, særlig når det gjelder praktiske arbeidsoppgaver og vurderinger rundt pasienten, samt fellesoppgaver i avdelingen. Intensivsykepleier 4 påpeker viktigheten av et godt kollegialt miljø hvor de kan diskutere og få støtte hos hverandre. Dette oppleves som spesielt viktig på en avdeling hvor raske endringer er vanlig og hvor legene ikke er til stede hele tiden. Hun påpeker også utfordringer med uerfarne leger: *«...har du uerfarne leger og du stiller et spørsmål, så får du kanskje et, jeg vet-ikke-svar.»* Samtlige intensivsykepleiere gir uttrykk for

at de er avhengige av kollegaene som de er på vakt sammen med. Intensivsykepleier 3: *«Vi har jo sånn sett et stort ansvar, og du er jo veldig avhengig av den ene makkeren din.»* Til tross for at intensivsykepleiere jobber nært hverandre, sier våre funn at de likevel kan føle seg alene om avgjørelser og etisk ansvar. Intensivsykepleier 1: *«Nei, du kan godt stå alene, sånn som hos oss hvor vi har få på helg, seinvakt, helligdager og sånn for øvrig.»*

Helsesøstrene i vår studie arbeider i varierende grad i et kollegialt samarbeid med andre helsesøstre. Alle ga uttrykk for at de har et godt samarbeid med andre instanser som lærere, barnevern og spesialisthelsetjenesten. Helsesøster 1,3 og 4 påpekte imidlertid at utfordringer kan oppstå i samhandling med barnevernet. Datamaterialet viser at helsesøstrene tar mye ansvar for å tilrettelegge for samarbeid med andre faggrupper rundt pasienten, og at de føler seg som en verdsatt samarbeidspartner. Helsesøster 1 uttrykte: *«..man har så mange samarbeidspartnere. Slik at jeg føler ikke, selv om jeg er alene, så føler jeg ikke at jeg trenger å stå alene i alle tingene.»* Dette samarbeidet opplever de som nødvendig og til stor nytte. De fleste fortalte at de likevel kunne føle seg alene med vurderinger og avgjørelser. Helsesøster 2: *«.. så er jo helsesøster en veldig selvstendig arbeidstaker i kommunene som må ta mange avgjørelser selv alene, og vi er på en måte blitt vant til det og (...) men som sagt når man har vært så mye alene så er det ikke så lett å finne arenaer for etiske refleksjoner.»* Hun fortalte om en ungdom som ønsket å skifte kjønn. I denne krevende situasjonen, preget av mye ansvar og tett oppfølging, følte hun seg veldig alene: *«...jeg er jo bare en helsesøster.»*

4.3 Knapphet på tid og ansvar for å prioritere

Alle deltakerne fortalte at knapphet på tid i deres arbeidshverdag er en utfordring. Flere av helsesøstrene fortalte om ansvaret i arbeidshverdager hvor mangel på tid fører til at arbeidsoppgaver må forskyves og det er en stadig prioritering angående hvilke oppgaver som er viktigst. Helsesøster 4: *«Så er det det med hvor mye tid skal du bruke på å skrive og hvor mye tid skal du bruke på å forholde deg til brukerne. Det er jo også et slikt tidsorientert dilemma.»*

Intensivsykepleierne uttrykte at det er viktig for dem å bli ferdig med det de anser som sine arbeidsoppgaver. Spesielt følte intensivsykepleier 4 på dagvakt et ansvar for å utføre rutineoppgaver i tilknytning til pasienten, som for eksempel skifte av respiratorslanger og stell

av arteriekran i løpet av dagvakt. Hun påpekte videre at flere av slike oppgaver kan utføres på kveldsvaktene.

Alle deltakerne var bevisst på eget tidsbruk. Dette kommer til uttrykk når de fortalte om sitt ansvar for prioriteringer i arbeidshverdagen.

Intensivsykepleier 1 sier «*Du må legge en plan for arbeidshverdagen, hva du skal få gjort. Det er utrolig viktig.*» På samme måte uttrykte helsesøster 3: «*..men jeg må jo prioritere hele tiden i arbeidshverdagen min! Det er jo det at det skjer noe hele tiden i arbeidshverdagen min.*»

En av helsesøstrene fortalte at hun er bevisst på å slå av jobbmobilens lyd ved arbeidshverdagens slutt.

4.4 Personlig engasjement

Alle våre deltakere ga innholdsrike og gode fortellinger i forhold til personlig engasjement og glede over eget yrke. Ansvar kunne også oppleves positivt. Samtlige uttrykte stolthet og tilfredshet over sitt yrkesvalg, og de følte at de utgjorde en forskjell.

Helsesøster 2: «*..vi bidrar til noe positivt. Men jeg tenker det er spesielt som helsesøster. Jeg er glad i yrket mitt! Ja, jeg føler det er unikt! Og folk ser på deg som helsesøster.*» Deltakerne opplevde at de har en variert og utfordrende jobb hvor de får bruke seg selv både i forhold til tekniske ferdigheter, men også det å være et støttende medmenneske. Intensivsykepleier 3:

«*Det er jo å kunne møte pasientene. Og forhåpentligvis utstråle trygghet og profesjonalitet.*»

Vårt datamateriale viser at flere av helsesøstrene fokuserer på at de i hovedsak jobber opp mot en frisk befolkning. Noe som gir mulighet for å jobbe med folks mestrings og endringspotensiale.

Helsesøster 4: «*Det som er forskjellig fra annen sykepleie, det er jo at man har fokus på et primært nivå. Ja. Og at det... det skal man jo ellers i sykepleieryrket også, men det er mye større muligheter for å få det til i helsesøsteryrket.*»

Intensivsykepleierne fortalte blant annet om gleden over å oppleve og bidra til at kritisk syke pasienter kommer seg gjennom krevende sykdomsforløp. For som intensivsykepleier 1 sier: «*..som når du har slitt deg opp på fjellet og nyter utsikten, så er det omtrent sånn når du har fått en intensivpasient igjennom en kritisk fase og så ser resultatet, og ser at de kanskje kommer gående tilbake til avdelingen etter noen måneder, og faktisk hilser på. Det er faktisk helt utrolig.*»

4.5 Personlig ansvar

Samtlige deltakere ga uttrykk for at de opplever å ha stort personlig ansvar i jobbene sine. Helsesøster 1 poengterte fordelen ved å arbeide på en sykehjemsavdeling hvor man rapporterer ved vaktens slutt og går hjem, og derigjennom legger fra seg ansvaret.

Vårt datamateriale viser at helsesøstrene gjerne opparbeider seg relasjoner til brukerne over flere år. Arbeidsoppgavene er mange, og flere av helsesøstrene ga uttrykk for at de i perioder er slitne.

Alle intensivsykepleierne dro frem det helhetlige ansvaret de har for pasientene både med tanke på å følge opp medisinske forordninger, samt å observere og koordinere alt rundt pasienten godt nok. De poengterte at de ofte har en kortvarig relasjon til pasienten.

Intensivsykepleier 5 fortalte om en ung mann med lammelser på grunn av ryggmargsskade. Han uttrykte over tid et klart ønske om å få dø. *«...her følte jeg at vi som helsepersonell og gruppe ikke klarte å møte han godt nok, tidlig nok.»*

Det ble poengtert fra intensivsykepleier 1 at det er viktig å skille mellom det å være personlig og privat i pasientrelasjoner. Intensivsykepleier 4 fortalte at hun av og til tenker på enkelte pasienter når hun har fri.

5.0 Diskusjon

Denne diskusjonsdelen bygger videre på diskusjonen i vår artikkel, hvor vi hadde en åpen tilnærming og holdt oss tett innpå deltakernes fortellinger. Vi ønsker i kappen å løfte diskusjonen omkring fenomenet etisk ansvar til et overordnet nivå. Vi diskuterer våre funn opp i mot de seks dimensjonene av etisk ansvar som er beskrevet i Clancy og Svenssons (2007) studie. Deres dimensjoner er som følger: Grenser, Tid, Bekymring, Å være alene, Personlig ansvar og En følelse av tilfredshet.

5.1 Grenser

Våre deltakere uttrykte at de i varierende grad og på ulike måter satte grenser for seg selv og andre. Clancy & Svensson (2007) peker på at bevissthet i forhold til å sette grenser er et viktig aspekt av etisk ansvar.

Det at enkelte intensivsykepleiere valgte å ha hovedfokus på «sin egen» pasient, kan sees på som en måte å avgrense ansvaret mot kollegaers krav. I følge våre deltakere kunne dette oppleves utfordrende for de andre intensivsykepleierne som var på samme vakt, fordi de andre intensivsykepleierne da følte et enda større ansvar for å ivareta avdelingens pasienter. I utgangspunktet har de et felles ansvar for avdelingen. Her støtter vi oss til Wallinvirta (2011) som sier at vi i et felleskap for en sak, er forbundet gjennom dimensjoner av ansvar. Ansvar for felles brukere kommer naturlig nok ikke til uttrykk gjennom våre funn når det gjelder helsesøstre da de ikke har et slikt kollegialt fellesskap.

Sammenfallende funn for både intensivsykepleierne, samt helsesøstrene i vår og Clancy og Svenssons (2007) studie er deres personlige involvering og opplevelse av etisk ansvar også når egne grenser må settes. Ved å slå av mobiltelefonen og gjøre seg utilgjengelig ved arbeidsslagens slutt trekkes det for helsesøstre en grense mellom det profesjonelle og private liv. Behovet for å sette grenser mellom seg selv og brukere kan oppleves som etisk utfordrende (Oberle & Tenove, 2000). Trolig kan dette være en større utfordring i små samfunn enn i store byer. Det kan være vanskelig å være konsekvent på skillet mellom den profesjonelle og private sfære (Dahl, Clancy & Andrews, 2014). Våre funn viser at intensivsykepleierne ikke syntes å ha behov for denne typen grensesetting. Dette kan

begrunnes med at de kan overlate ansvaret for pasienten til neste sykepleier på vakt. En mulighet helsesøstrene ikke har da de som regel arbeider alene.

For intensivsykepleiere kan det å stå opp for og argumentere for eget faglig synspunkt, for eksempel vedrørende livsforlengende behandling til gamle og syke, være en måte å vise hvor personlige, faglige og moralske grenser går. I følge Hawkins og Morse (2014) utvises moralsk mot når sykepleiere handler til pasientens beste uten frykt for seg selv eller andre, til tross for en etisk moralsk risiko.

Dersom egne grenser strider mot legenes forordninger og bestemmelser, vil denne argumentasjonen kunne være et uttrykk for moralsk mot. På denne måten kan det å sette grenser være et uttrykk for integritet samt å ta det etiske ansvar du har både i forhold til deg selv, pasienten og kollegaer på alvor. Det å utvise mot innebærer kunnskap om egne verdier og evne til å omsette disse i handling (Numminen, Repo & Leino-Kilpi, 2016). Betydningen av å utvise mot i krevende situasjoner er å handle i pasientens beste interesse, og kan eksempelvis uttrykkes gjennom å lindre lidelse, nekte å gi medisiner som ikke er ordinert etter gjeldene retningslinjer, samt våge å være uenig med ansvarlig lege (Hawkins & Morse, 2014).

5.2 Tid

Alle våre deltakere ga uttrykk for at tid og prioriteringer var en svært viktig faktor, men også en stor utfordring i arbeidsdagen, noe som sammenfaller med studie av Clancy og Svensson (2007). Det at helsesøstre og intensivsykepleiere gjør prioriteringer kan forstås som et virkemiddel for å forebygge at knapphet på tid skal gå ut over pasient eller bruker. Således kan dette være et uttrykk for etisk ansvar. Gjennom bevisste prioriteringer viser sykepleierne ansvarsfullhet. Slik vi forstår Wallinvirta (2011) er ansvarsfullhet en egenskap som er forbundet med den enkeltes indre etikk.

På en intensivavdeling er det av essensiell betydning at prioriteringer hele tiden gjøres ut fra pasientenes tilstand. Slik kan intensivsykepleiernes prioritering bli til handling som redder liv. Raske endringer både i forhold til antall pasienter, samt deres tilstand er en del av en akuttmedisinsk hverdag. Dette medfører at intensivsykepleiere ofte må forholde seg til øyeblikksbestemmelser, og får en her-og-nå opplevelse av tid.

Våre deltakeres fokus på tid og prioriteringer kan være et uttrykk for det etiske ansvar de opplever og håndterer gjennom å imøtekomme og hjelpe pasienter og brukere på en best mulig måte. Vi ser imidlertid at det kan være nyanser hos begge yrkesgruppene. Til tross for at intensivsykepleiere ofte har korte og intense relasjoner til sine intensivpasienter, hender det at de har ansvar for pasienter over tid. Dette gir en annen mulighet for planlegging og prioritering av oppgaver. For helsesøstre er det naturlig med oppfølging av brukere over tid. Deres utgangspunkt for oppfølging er «tiden det tar». På den andre siden kan en helsesøster bli nødt til å ta imot uforutsette hendelser på for eksempel helsestasjonsdager hvor konsultasjoner er avtalt på forhånd. Slik vi tolker Levinas (2015) har våre deltakere her ansvar for den Andre gjennom å forholde seg til tiden som har vært og til det som kommer, samt å tilrettelegge for best mulig utgangspunkt for det kommende møtet (Lévinas, 2015).

Intensivsykepleierne i vår studie ga alle uttrykk for at de følte på et ansvar for å gjøre ferdig sine arbeidsoppgaver i løpet av vakta. Det ble det poengtert at de kunne overlate rutineoppgaver til neste skift. Helsesøstrene på sin side har ikke denne muligheten. Slik vi forstår Nathaniel (2006) kan det å over tid føle at prioriteringene sykepleierne foretar ikke er til pasientens beste, eller strider mot egne moralske verdier være nok til at de tar et steg videre gjennom stadiene på vei mot moralsk stress.

5.3 Bekymring

Det er flere forhold som kan skape bekymringer. Vår studie har vist at frykten for ikke å strekke til og ta feile avgjørelser er noe helsesøstrene i varierende grad beskriver. I følge Clancy og Svenssons (2007) er bekymring nært knyttet til den enkeltes følelse av ansvar. I vår studie kom dette tydelig til uttrykk hos helsesøsteren som fulgte opp ungdommen som ønsket kjønnskifte. Hun uttrykte bekymring for sitt ansvar da hun sa: «*Jeg er bare en helsesøster.*» Det samme gjelder når intensivsykepleierne uttrykker bekymring for ikke å klare å fange opp og tolke signaler fra pasienter tidlig nok for å forhindre unngå unødig lidelse. Dette er slik vi oppfatter, etisk ansvar uttrykt på forskjellige måter gjennom forskjellige bekymringer.

I følge Levinas (1996) er ansvar ikke forbundet med gjenytelse og gjensidighet fra den Andre. Om den andre gjengjelder dine handlinger har ingen betydning i forhold til ditt ansvar for den Andre som bare går en vei, fra den Andre til meg, og jeg må ta imot (Lévinas, 1996).

Asymmetrien i ansvarsforholdet mellom helsesøstre og intensivsykepleiere på den ene siden og pasienter/brukere på den andre siden, kan gjenspeile seg i det makt og avhengighetsforholdet som ligger mellom sykepleierne og pasienter/brukere. Man kan her reflektere over graden av asymmetrien. Slik vi forstår Levinas (1996) er det utelukkende i jeg-du relasjonen at asymmetrien gjør seg gjeldende. Jeg og den Andre fremstår ikke som et felles vi med en felles plattform å stå på. Slik vi forstår Levinas og Aarnes (2008) snur han her opp ned på den vanlige oppfatning av asymmetri i forholdet. Det er pasienten/brukeren som er opphøyet og sykepleieren som blir fanget i ansvaret, her uttrykt som bekymring. Her ser vi gjennom våre funn at intensivsykepleierne kan føle seg liten og fanget i ansvaret for eksempel når det skjer plutselige endringer i pasientens tilstand. For helsesøstre kan dette gjenspeiles i det fengslende ansvaret helsesøsteren følte for ungdommen som ønsket kjønnskifte. Slik vi oppfatter det kan det være en større grad av makt i forholdet mellom intensivsykepleier og pasient sammenlignet med helsesøster i relasjon til brukere. Dette fordi intensivsykepleierens pasienter som regel er i en mer hjelpeløs og sårbar fase enn brukere av helsestasjonen er.

Gjennom våre funn kom det frem bekymringer relatert til samarbeid både hos helsesøstrene og intensivsykepleierne. Det å skulle samarbeide opp mot andre faggrupper hvor ulike perspektiv og fremgangsmåter ligger til grunn for handlinger kan oppleves utfordrende, til tross for et samlet ønske om å handle til pasientens eller brukerens beste. At det i tillegg kan fremkomme en skjevhet i maktforholdet mellom de ulike instansene med tanke på beslutningsmyndighet, kan bidra til kompleksitet. Våre funn viser at dette kan oppstå der andre profesjoner er involvert. En studie viser at sykepleiere opplevde moralsk stress oftere dersom de erfarte at deres handlinger ikke var i tråd med pasientens beste interesse (Oh & Gastmans, 2015). Det er når egne moralske verdier kommer i konflikt med realitetene i arbeidshverdagen at opplevelsen av moralsk stress kan tre frem (Nathaniel, 2006). I vår studie uttrykkes dette gjennom muligheten for at intensivsykepleiers eller helsesøsters bekymringer og etiske ansvar overfor pasienten kan komme i konflikt med de handlinger de opplever de må utføre. Dette kan være på grunn av påtrykk fra eksempelvis leger eller barnevernstjeneste.

5.4 Å være alene

Våre deltakere fortalte alle om sine opplevelser av det å arbeide alene eller i team. Her sammenfaller våre funn med funn fra studie av Clancy og Svensson (2007) hvor helsesøstre uttrykte sin opplevelse av å være alene. Deres beskrivelser av ensomhet inneholder flere

aspekter av det å være alene; både fysiske og eksistensielle. Selv om helsesøstrene hadde flere samarbeidspartnere innen ulike instanser, var dette nødvendigvis ikke ensbetydende med opplevelse av nær og god kollegial støtte.

Det fremkom iblant bekymringer i forhold til om brukeren hadde fått god nok informasjon fra andre samarbeidspartnere. Det var en utfordring å gjøre noe i forhold til dette uten å undergrave andre profesjoner. Dersom helsesøster opplever samarbeidet med de rundt seg som problematisk kan dette føre til etiske utfordringer (Oberle & Tenove, 2000).

Det er verdt å merke seg at også intensivsykepleierne ga uttrykk for opplevelsen av å være alene, til tross for at de arbeider i team. Intensivsykepleiernes arbeidshverdag er preget av komplekse utfordringer (Fernandes & Moreira, 2013). Sett i lys av våre funn utgjorde det en forskjell for intensivsykepleierne om legen som hadde vakt var erfaren eller uerfaren. I akutte eller etisk vanskelige situasjoner er det grunn til å reflektere over hvordan deres opplevelse av etisk ansvar vil kunne påvirkes i en slik situasjon. Her vil både egen erfaring, støtte og samarbeid med de andre intensivsykepleierne være viktige momenter. Det ble belyst i våre funn at kollegaer på vakt er av essensiell betydning.

Dersom egne verdier og moralske prinsipper kommer i klem, enten i forholdet til pasienten eller forårsaket av opplevelser grunnet ubalanse i maktforhold, kan moralsk stress bli en stor utfordring i sykepleiernes hverdag (Nathaniel, 2006). En mulig grunn til at negative opplevelser ikke ble bearbeidet var at ingen av våre deltakere hadde noen form for formell arena hvor etiske problemstillinger kunne diskuteres. Alle deltakerne ga uttrykk for at de savnet dette. Det vil kunne være av stor verdi å ha noen å dele tanker og erfaringer med. I følge Aakre (2016) vil det å ha mulighet til å dele etiske problemstillinger kunne bidra til bevisstgjøring omkring vårt etiske ansvar. Det vil også gi mulighet for ny innsikt og utvidet etisk forståelse. På bakgrunn av dette er det grunn til å tro at en slik formell arena på tvers av yrkesgrupper vil skape mulighet til å bidra i den enkeltes egen refleksjon og bearbeidelse av opplevelser knyttet til sitt etiske ansvar, enten det er på intensivavdeling eller på helsestasjon. Slik vi forstår Wallinvirta (2011) uttrykkes ansvaret gjennom våre ansikter, og som mennesker søker vi å bygge vår omsorg på det gode som kan uttrykkes gjennom ansvarets gjerninger.

5.5 Personlig ansvar

I både vår og Clancy og Svensson (2007) studie fant vi uttalelser fra helsesøstre der de sammenligner sin jobb med sykepleiere som arbeider i institusjon. De uttrykte at de følte et større personlig ansvar i jobben som helsesøster enn i jobben som sykepleier på institusjon. I jobben som sykepleier på institusjon kunne de gå hjem etter endt vakt og overlate ansvaret til sykepleier på neste skift. I rollen som helsesøster hadde de ikke denne muligheten, og opplevde et stort personlig ansvar utover arbeidstiden. Andre studier beskriver også at helsesøstre kan oppleve denne problemstillingen som krevende. I tøffe situasjoner kan helsesøsters unike interesse og engasjement for å hjelpe brukerne, resultere i at de tar jobben med seg hjem, og det kan få negative konsekvenser for privatlivet (Dahl et al., 2014).

I vår undersøkelse følte intensivsykepleierne i liten grad på dette ansvaret utenom sin arbeidstid. Ansvaret var overlatt til de som var på jobb. Likevel kunne de iblant tenke på og undre seg over hvordan det gikk med pasienten de hadde arbeidet med på siste vakt. For begge yrkesgruppene kan dette forstås som et uttrykk for etisk ansvar. I møtet med den Andre beskriver Levinas og Aarnes (2008) appellen som essensiell. Slik vi forstår det vil appellen fange oss i et ansvarsforhold. Slik vi tolker våre deltakeres uttrykk, vil deres omtanke her peke tilbake til denne opplevde relasjonen.

Helsesøster har hovedfokus på sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak. Brukere av helsestasjonen er stort sett friske mennesker med høy grad av selvstendighet til å ta egne valg, noe som betyr også at de også kan velge bort det som helsesøster anbefaler eller veileder i forhold til. For helsesøster vil en nøktern bevissthet rundt dette perspektivet være nødvendig for ikke å påta seg et personlig ansvar som kan bli utmattende. I følge Nathaniel (2006) vil det og ikke få gjort det man vet man burde gjøre, også kunne føre til moralsk stress.

Med tanke på intensivsykepleiere ser vi at denne yrkesgruppen arbeider med pasienter som i liten grad er i en posisjon hvor de kan ta egne valg. Her administrerer intensivsykepleiere en behandling som er livreddende. Intensivsykepleieres ansvar inneholder således også et perspektiv av liv og død. Våre funn viser at intensivsykepleierne føler på et stort personlig ansvar for pasientens liv den tiden de er sammen.

5.6 En følelse av tilfredshet

Alle våre deltakere uttrykte stor tilfredshet over eget yrke, og det ser vi sammenfaller med funnene til Clancy og Svensson (2007). Helsesøstrene følte at de hadde en krevende, men viktig jobb. Opplevelsen av å kunne bidra positivt i barns oppvekst både gjennom helsestasjonsarbeid, samt å være en samtalepartner for ungdom som sliter, er slik vi forstår det elementer av etisk ansvar. Det at foreldre og ungdom åpner seg for helsesøster kan være et uttrykk for en opplevelse av at helsesøster tar dem på alvor og derigjennom tar ansvar. En studie viser at helsesøstre er stolte over sitt arbeid, og interesserte i sine brukere. Det å samhandle med barn, unge og familier kan oppleves både bra og utfordrende (Dahl et al., 2014).

Intensivsykepleierne kan kjenne på gleden når de møter igjen pasienter de har vært med på å få tilbake til livet. Det gir en bekreftelse på betydningen av deres involvering og engasjement. Her viser vi til Fernandes og Moreira (2012) som gjennom sine funn påpeker at intensivsykepleiere forsøker å inneha en empatisk og speilende fremgangsmåte i sine etiske vurderinger. De tilpasser sykepleien til hvordan de selv ville ønsket å bli behandlet.

Funnene våre viser at helsesøstre gjennom sitt virke opplever tilfredstilte over å ha fokus på primært nivå. Gjennom gjeldende lovverk og veiledere har helsesøstre mulighet for å forebygge og påvirke befolkningen i retninger som helsemyndighetene legger føringer for. De har en unik mulighet til å kunne oppdage nye strømninger og trender blant barn og unge på et tidlig tidspunkt. Dette illustrerer at helsesøstre har et etisk ansvar både opp mot myndighetene og ut mot befolkningen generelt.

5.7 Metodediskusjon

Ved å gjøre en kvalitativ undersøkelse og via våre ti intervjuer har vi samlet et rikholdig datamateriale. Vi er oppmerksomme på at studien har et begrenset antall deltakere. Selv om en kvalitativ studie aldri er statistisk overførbar, mener vi at vår studie kan være med på å sette fokus på viktige områder av etisk ansvar i klinisk praksis.

Vi har i vår utvelgelse av deltakere ikke tatt hensyn til om helsesøstrene arbeidet på små eller store helsestasjoner, eller om intensivsykepleierne arbeidet på store universitetssykehus eller mindre lokalsykehus. Vi har vært tro mot våre deltakeres fortellinger og vært nøye med å

ikke tillegge dem meninger eller uttalelser de ikke hadde. Deres fortellinger har vært styrende for funnene i oppgaven. Det er først under kappens diskusjonsdel at vi anvender Clancy og Svenssons (2007) ansvarsdimensjoner som diskusjonsgrunnlag for å plassere vår studie i eksisterende forskning.

Ved at vi intervjuet «våre egne» yrkesgrupper (helsesøster intervjuet helsesøstre og intensivsykepleier intervjuet intensivsykepleiere) er vi åpne for at vår forforståelse kan ha påvirket intervjusituasjonen. Inngående kjennskap til fagfeltet kan ha både positiv og negativ innvirkning. I analyseprosessen ser vi at fordelene ved vår fremgangsmåte var muligheten til diskusjon og refleksjon over de forskjellige tema som framsto som strukturer av deltakernes levde erfaring. På den andre siden er det mulig at vi hadde vektlagt andre aspekter fra intervjuene dersom vi hadde intervjuet motsatte yrkesgrupper. Vi har vært oppmerksomme på at vi både som fagpersoner og forskere har vært en del av en kontekst som har vært både kjent og ukjent. Dette har vi opplevd spennende og utfordrende. På samme måte har vi søkt å benytte utsagn fra alle våre deltakere. Vi har vært tett på deltakernes opplevelser og fortellinger for å sikre en åpen tilnærming til funnene.

6.0 Konklusjon

Vår masterstudie har vist ulike aspekt av etisk ansvar hos helsesøstre og intensivsykepleiere. Selv om disse to yrkesgruppene har sin arbeidshverdag i helt forskjellige kontekster, har vår studie vist at de har felles opplevelser av etisk ansvar. Både helsesøstre og intensivsykepleiere kan føle seg alene med det etiske ansvaret som ligger i forventninger og oppgaver relatert til brukere / pasienter. Selv om intensivsykepleierne arbeider i team, har de likevel en opplevelse av å være alene med sitt etiske ansvar.

Når det gjelder å ta avgjørelser i etisk vanskelige situasjoner ga intensivsykepleierne uttrykk for at de ikke ble tatt med så mye som de ønsket. Denne opplevelsen ga ikke helsesøstrene i vår studie uttrykk for. De følte seg inkludert i avgjørelser som omhandlet den enkelte bruker. Dette er nærmere beskrevet og diskutert i vår vitenskapelige artikkel. En felles opplevelse for begge yrkesgruppene var at de savnet en formell og felles arena for etisk refleksjon. Sykepleiere trenger en slik arena hvor tverrfaglig etisk refleksjon kan foregå.

Våre funn viser at både helsesøstre og intensivsykepleiere lever med opplevelser som har gjort stort personlig inntrykk på dem. Gjennom å reflektere over sine erfaringer kan sykepleierne se seg tilbake og oppnå ny forståelse for tidligere hendelser. Forståelsen kan videre bidra til å utvikle lærdom for fremtiden vedrørende etisk ansvar.

6.1 Implikasjoner

Vi har et ydmykt håp om at vår studie kan være et bidrag til videre teoriutvikling på feltet, samt at den kan oppmuntre til videre studier i forhold til sykepleieres etiske ansvar. Studien kan bidra til å øke innsikten i hvordan helsesøstre og intensivsykepleiere reflekterer over etiske utfordringer i sin praksis, og herigjennom bidra til å forbedre praksis.

Det er grunn til å merke seg at våre tema; opplevelsen av å være alene, knapphet på tid og ansvar for prioriteringer, personlig engasjement samt personlig ansvar, kan beskrives som ansvarets dimensjoner og sammenfaller med funn fra Clancy og Svensson (2007). I vår studie har vi også innlemmet intensivsykepleiere. Det hadde vært interessant å undersøke om opplevelse av etisk ansvar også kan være sammenfallende for andre sykepleiergrupper. Et innspill for videre forskning kan være å studere perspektiver til leger og intensivsykepleiere vedrørende beslutningstaking i etiske utfordrende situasjoner. En felles opplevelse for begge

sykepleiergruppene var at de savnet en felles formell arene for etisk refleksjon. Studien vår indikerer at sykepleiere har behov for en formell arena, også tverrfaglig, hvor etisk refleksjon kan finne sted. Dette mener vi vil kreve samarbeid på tvers av faggrupper og støtte fra ledelse.

Litteraturliste

Aakre, M. (2016). *Jakten på dømmekraft praksisnært etikkarbeid i helsetjenesten*: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Arnesen, H. & Bechensteen, A. G. (2014). FORSKNINGS-HÅNDBOKEN.

Clancy, A. & Svensson, T. (2007). 'Faced' with responsibility: Levinasian ethics and the challenges of responsibility in Norwegian public health nursing. *Nursing Philosophy*, 8(3), 158-166. doi: 10.1111/j.1466-769X.2007.00311.x

Cronqvist, A., Theorell, T., Burns, T. & Lützén, K. (2004). Caring about-caring for: Moral obligations and work responsibilities in intensive care nursing. *Nursing ethics*, 11(1), 63-76.

Dahl, B. M., Clancy, A. & Andrews, T. (2014). The meaning of ethically charged encounters and their possible influence on professional identity in Norwegian public health nursing: a phenomenological hermeneutic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(3), 600-608. doi: 10.1111/scs.12089

De nasjonale Forskningsetiske Komiteene. 31.05.2016). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Hentet 08.05.2017 fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>

Fernandes, M. I. D. & Moreira, I. M. P. B. (2013). Ethical issues experienced by intensive care unit nurses in everyday practice. *Nursing Ethics*, 20(1), 72-82. doi: 10.1177/0969733012452683

Fjetland, K. J. & Søreide, G. E. (2010). Ethical dilemmas: a resource in public health nurses' everyday work? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), 75-83. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00688.x

Hawkins, S. F. & Morse, J. (2014). The praxis of courage as a foundation for care. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(4), 263-270.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lévinas, E. (1996). *Totalitet og uendelighet : et essay om exterioriteten*. København: Hans Reitzel.

Lévinas, E. (2015). *Time and the Other*: Duquesne University Press.

Lévinas, E. & Aarnes, A. (2008). *Den annens humanisme*. Oslo: Bokklubben.

Lov om pasient- og brukerrettigheter. (2001). *Lovdata*. Hentet 09.05.2017 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Nathaniel, A. K. (2006). Moral reckoning in nursing. *Western Journal of Nursing Research*, 28(4), 419 - 437.

Nortvedt, P. (2012). Sykepleieetikk må bli kunnskapsbasert. *Tidsskriftet Sykepleien*, 100(13), 72-73.

Numminen, O., Repo, H. & Leino-Kilpi, H. (2016). Moral courage in nursing: A concept analysis. *Nursing ethics*, 0969733016634155.

Oberle, K. & Tenove, S. (2000). Ethical issues in public health nursing. *Nursing ethics*, 7(5), 425-438.

Oh, Y. & Gastmans, C. (2015). Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. *Nursing ethics*, 22(1), 15-31.

Sykepleierforbund, N. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICN's etiske regler, [online], nsf. no. Tilgjengelig fra: www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf [Lastet ned 06.01. 2014]. Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (2014). *Database for statistikk om høgere utdanning*.

Van Manen, M. (1997). *Researching lived experience : human science for an action sensitive pedagogy* (2nd ed.). London, Ont: Althouse Press.

Wallinvirta, E. (2011). Ansvar som klangbotten i vårdandets meningsammenhang.

Ethical responsibility as experienced by public health nurses and ICU nurses.

Abstract

The aim of this study was to explore how ethical responsibility is experienced by public health nurses and intensive care nurses. By exploring ethical responsibility in two distinctly different nursing groups, it was hoped to develop a more comprehensive understanding of ethical responsibility in nursing. Theory development in the field of ethics is important, as nurses continually face new challenges in a constantly changing practice. A review of the literature has revealed that there are few studies on ethical responsibility in nursing and to the authors' knowledge no similar study has been carried out. The study has a qualitative design, including semi-structured interviews with five experienced public health nurses and five experienced intensive care nurses. The public health nurses worked in small municipalities, while the intensive care nurses worked in small local or larger regional intensive care units. Data analysis was influenced by the hermeneutic phenomenological method, inspired by Van Manen. The findings reveal that within the main theme of ethical responsibility, the following themes emerged for both groups: *Working alone; "I had to make all the decisions on my own"*, *Shortage of time; "you have to prioritize the whole time"*, *A sense of satisfaction and personal commitment; "I think it's something that touches your heart"* and *Personal responsibility; "I feel I have a great personal responsibility."*

Keywords

Norway, intensive care nursing, public health nursing, ethical issues, responsibility, Levinas, qualitative research.

Introduction

The purpose of this study was to explore how ethical responsibility is experienced by both public health nurses (PHNs) and intensive care nurses (ICNs). The authors have worked as PHNs and ICNs and through numerous ethical encounters developed an interest in the phenomenon of ethical responsibility. A review of the literature has revealed that there is a limited number of studies on ethical responsibility in nursing. Wallinvirta (1) has studied the concept of responsibility. Responsibility is a widely used term that is not unique in describing an ethical approach to caregiving.

Wallinvirta (1) connects this term to all aspects of ethics within the field of caregiving (1). Our understanding of her work is that ethical responsibility is always at the forefront in the meeting between the nurse and patient. The asymmetrical relationship existing between the nurse and patient influences the nature of their care-based relationship.

Clancy and Svensson (2) explored PHNs' experience of ethical responsibility; their study is an important inspiration for this research and is detailed further under the heading "Ethical responsibility". Fjetland and Søreide (3) found that reflection upon ethical dilemmas in parent counselling groups was important for PHNs. A study by Dahl, Clancy and Andrews (4) revealed how ethically charged encounters can influence professional identity in public health nursing. Fernandes and Moreira (5) carried out a study on how intensive care nurses experience moral distress. Their findings reveal several emerging ethical issues related to teamwork, end-of life decision making,

privacy, interaction and healthcare access. A study of moral obligations and work responsibilities in intensive care nursing revealed that ICNs need support when difficult intensive care situations occur (6). Numminen, Repo and Leino-Kilpi (7) carried out a concept analysis of moral courage in intensive care nursing and revealed that nurses need courage in order to act morally in their everyday work. Nathaniel (8, 9) presents a grounded theory of moral reckoning in nursing. This theory is based on research into ICNs' experience of moral distress. The purpose of the theory is to highlight critical stages that can occur in nurses' practice. Morally troubling patient care situations occur every day, and morally laden questions about rights and responsibilities are inherent in all health care (8, 9). The literature review illustrates ethical aspects of public health nursing and intensive care nursing.

The aim of this study is to gain a deeper understanding of how PHNs and ICNs experience ethical responsibility and thus enhance understanding of the phenomenon of ethical responsibility in nursing. It is hoped that this study can contribute to theory development in the field and reveal commonalities and differences in how ethical responsibility is experienced in these two very different fields of nursing practice. The challenges they face and how they reflect on these challenges can further enlighten ethical responsibility in nursing practice.

Ethical responsibility can be experienced in various ways by PHNs and ICNs. A PHN can experience ethical responsibility in everyday situations at the well child clinic, services for young people or in more complex situations with service users struggling with difficult issues. The PHN must navigate the corridor of responsibility as best she can (2). In the same way, ICNs have to constantly reflect and get input from others on minor and major ethical issues related to life and death situations in the intensive care unit.

Ethical responsibility

The concept of ethical responsibility as understood by Emmanuel Levinas (10) and in Clancy and Svensson's (2) study on ethical responsibility in public health nursing provides a philosophical framework for this study.

Levinas describes ethical responsibility as an appeal that comes from the face of "the Other". The face is understood as a symbol of human vulnerability that demands response (2). According to Levinas, ethical responsibility for the Other is not something we choose, or can explain, it is a demand that we have to relate to (10). Responsibility cannot be ignored or transferred; it is an inherent part of being human.

Clancy and Svensson (2) interviewed five experienced PHNs who shared experiences from their everyday practice. Through an in-depth analysis, interrelated aspects of ethical responsibility emerged from the nurses' narratives. The themes that emerged were: personal responsibility; boundaries; temporality; worry, fear and uncertainty; being alone; and a sense of satisfaction. This study has been an inspiration for the present study, but in this study the authors chose an open inductive approach and maintained closeness to the nurses' stories in order to be open for the emergence of new and different dimensions of ethical responsibility.

Design

This study has a phenomenological hermeneutical approach inspired by Van Manen (11). Van Manen is concerned about lived experience with all its unique aspects and variations. In a hermeneutic phenomenological method, the research process starts before the fieldwork begins and continues throughout the whole process of writing until the work is completed (11).

Sample and data collection

Our inclusion criteria were that the nurses should have more than five years of clinical practice as PHNs and ICNs. One experienced ICN (ICN 4) with three years' experience wished to participate and was included in the study. The participants were five experienced PHNs and five experienced ICNs. Access to the research field was established through oral and written inquiries to nursing leaders, who contacted the study participants. The researchers then made personal contact with the nurses, who consented in writing. The interviews were semi-structured and the participants decided the time and place for the interviews. The first and second authors carried out the interviews which were recorded and transcribed. The first author interviewed the PHNs, and the second author interviewed the ICNs.

Data analysis

All ten interviews were first read independently by the authors in order to ensure individual understandings of the text as a whole. The text was re-read several times and possible interpretations were discussed throughout the process of analysis. Themes related to ethical responsibility were selected and highlighted. This selective highlighting approach (11) resulted in grouping the findings into four themes:

Working alone or working in teams; shortage of time and making priorities; a sense of satisfaction and personal commitment; and personal responsibility.

Ethical considerations

The Regional Committee for Medical and Health Research Ethics in Norway reviewed the study. All the participants were given written and oral information and could withdraw from the study at any time. Ethical issues were taken into consideration throughout the process.

Findings

The participants spoke about ethical issues and responsibilities in their work as PHNs and ICNs. All the nurses were concerned about ethical responsibility. Both nursing groups felt that they lacked a formal setting for ethical reflection and that they had no formal meeting points where ethical issues could be discussed and brought to a higher level. They also spoke about the need to focus more on interdisciplinary collaboration related to ethical dilemmas. The PHNs often felt alone in ethically challenging situations. Even though the ICNs did not work alone, they experienced feeling alone when dealing with ethical aspects of caring for very ill patients.

During the rigorous analysis of the findings, it became clear that the nurses shared common experiences despite the differences in their work environments. The findings are elaborated under the following themes: *Working alone*; “*I had to make all the decisions on my own,*” *Shortage of time and making priorities*; *You have to prioritize the whole time,*” *A sense of satisfaction and personal commitment*; “*I think it`s something that touches your heart*” and *Personal responsibility*; “*I feel I have a great personal responsibility.*”

Working alone: “I had to make all the decisions on my own”

The PHNs carry out consultations on their own, whereas the ICNs work in teams. ICNs work closely together and help each other with practical issues. All the ICNs said that even though they were never physically alone in the unit, they could feel alone with the responsibility for their patient, especially when the other nurses were busy. ICN 4 stated:

“(...) You’re the one who’s responsible if anything happens. And if I don’t see it, and if I don’t have a doctor here to support me, then I’m totally alone.”

However, there was usually an opportunity to discuss difficult issues with other ICNs. As ICN 3 said: *“Our need to discuss is triggered by events. It’s a sort of informal debrief, talking over what had just happened.”*

The PHNs also spoke about being alone. PHN 1 said that she had the support of colleagues and did not feel so alone, while PHNs 2, 3, 4 and 5 spoke about working alone and feeling alone most of the time.

As PHN 2 said:

“I’ve been working alone for long periods. This has been tough because I had to make all the decisions on my own. I have no team to lean on and I think many PHNs working in small places find this difficult. Not having any colleagues to consult with (...)”

PHN 3 illustrated the feeling of being alone by sharing a story about a teenager she had known for many years. The girl came to her and told her that she felt like a boy and wanted a gender change. The PHN was by her side throughout the whole process; she accompanied her to the hospital and became a coordinator between the girl’s family, friends, school and psychiatric services. The PHN’s biggest concern

was the enormity of the task and if she was good enough as a counsellor for the young person in this life changing, demanding process. As she said: *“I am only a public health nurse.”* She said she felt alone and that she was neither a psychologist nor a psychiatrist.

The ICNs were concerned about collaboration with doctors. They felt that they had no real opportunity to discuss ethical aspects of the patient’s situation alone with the doctor. ICN 5 said that in her ICU doctors and nurses had no formal meeting points, except at the patient’s bedside during the doctors’ rounds. The only possibility they had was to join the doctors’ meeting which took place every morning.

The ICNs depended a lot on their colleagues. As ICN 3 said: *“We have a lot of responsibility. We’re completely dependent on our colleagues.”* ICN 1 told a story about a patient who had been in the ICU for a long time. The patient had been critically ill. Suddenly he went into respiratory failure. The nurse and another nursing colleague suctioned mucus and ventilated the patient before the anaesthetist arrived. The patient was then intubated and received advanced medical treatment. The team saved his life. The importance of supportive colleagues was evident for both nursing groups.

Shortage of time and making priorities: “You have to prioritize the whole time”

All the respondents spoke about the responsibility of having too little time and constantly having to prioritize. ICN 4 spoke about the unpredictability of life in the ICU:

“The work pace here varies greatly. From being very calm and peaceful (...) to during the course of a few hours, having six patients admitted...You have to be able to adjust at the drop of a hat.”

All of the ICNs spoke about priorities. As ICN 2 said: *“When we start our shift and see the patient lying in a blood-stained, unkempt bed, unshaven with very poor oral hygiene and we take over and think... yes, they (nurses) have had other priorities.”*

The PHNs felt that they could to some extent control how they organized their work. PHN 5 pointed out that she spent more time working with teenagers at school than the guidelines recommended. But that sometimes she had to turn them away. PHN 4 spoke about never knowing who might turn up at the school health services: *“It’s unpredictable, but at the same time this offers a range of possibilities (...) we can spend more time on the cases that require more time.”* Prioritizing entailed ethical deliberations for both nursing groups.

A sense of satisfaction and personal commitment: “...I think it’s something that touches your heart”

All the PHNs and ICNs expressed satisfaction with their choice of career. They felt proud at having the possibility to make a difference in people’s lives.

PHN 1 said: *“The majority of people see the value of having us here. We have a status of sorts.”* The PHNs also spoke about vulnerable service users and acknowledging their

choices. PHN 3 mentioned meeting people in a humble way. She said: *“It’s often when they’re at their most vulnerable (...) things they can’t tell anyone else, they share with me.”*

The ICNs also expressed satisfaction that they had the opportunity to help patients during critical illnesses. They felt they had been given the chance to make a difference to the lives of both the patients and their families.

As ICN 5 said:

“We had a dying patient, the ICU was full and had to look after a patient and his relatives in a fully occupied four-bed unit. This was not a desirable situation. The nurses made the best of the situation. The relatives’ only focus was their sick father.”

She went on to say that it was very important to be there and meet the needs of the patient and his family in a dignified way. She said: *“They should be able to leave the ward no matter the outcome and know that we have done our best and feel that they’ve been looked after in the best possible way.”*

Personal responsibility: “I feel I have a great personal responsibility”

All the participants spoke about their personal responsibility. PHN 2 recalled making a mistake regarding a child’s vaccination. The PHN contacted the parents afterwards and the incident was dealt with in a satisfactory manner. PHN 2 explained:

“If it happens that I make a mistake and then correct it (...) I gain the confidence of others. (...) I hope that’s a strength that can be used for something positive.”

PHN 5 told a captivating story about a little boy who told her that he had been physically and psychologically abused by his mother and stepfather. He was sitting there in front of her, restless, with tears in his eyes and facial tics. She said: “He was in third grade, a tiny little thing”. She was touched by his situation, and told him that abuse of this nature was against the law and that she had to report it. The police investigated the case, but the boy continued to live in the same home environment. The PHN said: “*We failed him.*” The boy is now a young man, and the PHN never forgot him.

Some of the ICNs pointed out that it was important to have both experienced and inexperienced nurses on the same shift. This helped to provide the inexperienced nurses with a safe working environment and improved the quality of care. ICN 1 gave an example. One night at work, an inexperienced ICN was responsible for a critically ill patient who had had abdominal surgery earlier the same day. ICN 1 helped the inexperienced nurse, and she felt that something was wrong with the patient. She suspected that he was bleeding internally. She called the surgeon and they had a heated discussion. He wanted to wait and not re-operate. While they were discussing, the patient collapsed. The patient was rushed to the operating theatre where they discovered that the patient had haemorrhaged. There was no doubt that this operation saved his life.

ICN 1 was quite sure that she would never have had the courage to take on the responsibility of standing up to the surgeon without her professional confidence.

All the ICNs in the study were preoccupied with collaboration with physicians, especially when they had different viewpoints on ethical issues. The ICNs were worried that they carried out procedures and treatments that they felt were unethical.

To illustrate this, ICN 3 said:

“I feel that the doctors often want to administer more treatment than the nurses do (...) I think that, without having any numbers to substantiate this, that they’re prolonging life. They administer additional treatment (...) non-invasive ventilation, or else concerning elderly and very ill patients, they initiate blood pressure treatment.”

All of the ICNs were concerned about not prolonging the life and suffering of old or very sick patients. They expressed ethical responsibility and felt that their core ethical values related to death and suffering were compromised, and that they had to stand up for these values. ICN 2 spoke about a situation related to treating a terminally ill cancer patient. She was comatose, but was given non-invasive ventilation by supplying gas under high pressure through a tight-fitting mask. The physician felt that if she got over the pneumonia, she could live for a few more weeks. There was strong ethical disagreement in the ICU. The patient died under treatment. ICN 2 said (in hushed tones): *“We weren’t allowed to remove the mask. So she had it on her when she passed away.”* Difficult cases posed ethical challenges for the nurses that were not easily forgotten.

Discussion

The aim of this study was to focus on the experiences of PHNs and ICNs related to the core theme of ethical responsibility. According to our findings, the work of PHNs and ICNs is varied, rewarding and challenging. Dealing with difficult cases and prioritizing posed ethical challenges for the nurses that were not easily forgotten. The importance of supportive colleagues is evident for both nursing groups.

Being alone

Descriptions by both groups illustrated that they had to deal with a wide range of ethical issues and dilemmas and had no formal setting for ethical reflection or the discussion of ethical issues. Events triggered a spontaneous need for discussing ethical issues in the ICU. Several ICNs were often involved with the same patient, which should enable the sharing of thoughts and reflections. PHNs did not have the same possibility; even though they could knock on a colleague's door and discuss the situation, the experience was not shared. Levinasian ethics helps us understand the enormity of personal responsibility and how it is only the person involved who knows the ins and outs of the situation (2). However, involving colleagues can help nurses discover and discuss ethical issues and increase awareness, through viewing a situation from different perspectives (6).

Creating a formal setting for ethical reflection for ICNs and PHNs can help to shed light on difficult issues, heighten ethical awareness and make it easier to relate to ethical responsibility in nursing. As Levinas points out, the responsibility for the Other is not something that can be ignored, it has to be dealt with (12).

In our study, both PHNs and ICNs described several situations of being alone. ICNs often have short and intensive relationships with their patients, whereas PHNs tend to have longer-term relationships with their clients. ICNs work in teams and are almost never physically alone yet they described feelings of loneliness. The experience of loneliness will always be individual and cannot be challenged (10).

The PHNs in our study spoke about being alone in demanding cases. Being an important other for a teenager who wants a gender change caused feelings of worry and uncertainty. Clancy and Svensson (2) describe “Being alone” as a dimension of ethical responsibility comprising both physical and existential loneliness and a longing for support and companionship (2). In an ICU, the nurses are often responsible for individual patients and have to be attentive and monitor every change in their patient’s condition. The patient is totally dependent on the nurse and the nurse is totally dependent on the support and presence of the doctor in charge. Even though ICNs can feel alone, they have the possibility to transfer their responsibility to the next shift. The patient in the unkempt bed will be tended by the nurses on the next shift. PHNs do not have the same possibility, they follow up their clients or refer them to other services if need be. Responsibility can be demanding, as it entails recognising the needs of the Other who faces us as a whole person (10).

A setting to discuss ethical matters

The ICNs were concerned that issues of end of life care should not be discussed in inappropriate settings and that nursing knowledge should be recognized as an important contribution to ethical decision making at the end of life. Findings in a study by Olausson et al. (13) show that maintaining the patient’s integrity and privacy is difficult because of the design of the ward (13). This study shows that

ICNs took responsibility for patients in vulnerable situations. Having no formal meeting points to discuss ethical issues with the physicians can result in an important dimension being overlooked when ethical decisions concerning the patient's treatment are made. In a study by Fernandes and Moreira (5), the ICNs argued for shared decision making in multidisciplinary teams, because they believed that nursing knowledge could make a vital contribution to important care decisions (5). If nursing knowledge is not part of the knowledge base for decision making, values in nursing care can be overlooked. The PHNs in this study did not experience this to the same degree; they felt included and appreciated as professionals.

Rapidly changing episodes in an ICU require qualified and timely support. The ICNs have to be prepared and have the knowledge and the skills to implement the right measures. Otherwise the patient may not survive. This is in itself a major ethical responsibility. According to Fernandes and Moreira (5), the ICU is an area of uncertainty, which can thus lead to danger and raise ethical concerns between professionals (5).

PHNs also have to relate to uncertainties but on a different level. The nurse's central role as a mentor for a young person going through the process of gender change illustrates a different type of responsibility. PHNs feel the pulse of the community and often have first-hand knowledge of their local community and can predict changes in health and social issues such as gender issues at an early stage.

Shortage of time and priorities

All the interviewees reflected on making priorities. In our findings, not having enough time to meet the needs of teenagers at school was a challenge for the PHNs. The findings are similar to those of Clancy and Svensson (2), where PHNs had concerns related to lack of time and feelings of responsibility after working hours (2). *“Deciding what is at stake and prioritizing demands professional knowledge and clinical judgement.”* s. 40 (14).

ICNs have to prioritize and never know when the next critically ill patient will be admitted. Guidelines can help, but as Nathaniel (9) writes, the nurse’s ethical values can be in conflict with the realities of their workplace. According to Levinas, the core of ethics is about meeting and dealing with the responsibility for the Other, which are inseparable values (10).

A sense of pride

Despite dealing with demanding issues, all the interviewees expressed satisfaction with their choice of career. The PHN’s and ICN’s feelings of satisfaction can be interpreted as pride in carrying out meaningful work. Our findings revealed that, despite one PHN saying *“I am only a PHN”*, the PHNs were aware of the importance of their work and often did more than they were expected to. Findings in other studies on ethical encounters reveal that PHNs expressed pride in their work (2, 4). Clancy and Svensson (2) refer to responsibility and write that the “door to the Other” is always ajar (2). By showing that you care and are competent, you give people a good reason to trust you. This gives a type of status that is not associated with monetary values (15). According to Levinas, we are irreplaceable in our responsibility for the Other (12, 16). Both PHNs and ICNs reported that being a part

of people's lives when they are vulnerable and struggling was both demanding and rewarding. Showing who you are and that you care and can acknowledge your mistakes can enhance trust.

Our findings reveal that it is important for both PHNs and ICNs to know that they are doing their best. The findings illustrate that even when the patient is dying and the ward conditions are inadequate, the ICN can find satisfaction by creating an ethical space for the patient and family. There will always be a risk that situations like these can end with a negative experience for the persons involved. As we understand Levinas, it will always be our ethical responsibility to answer the call of the Other (10). According to Nathaniel (9), the nurses in their study experienced ethical responsibility as being both negative and positive. Dealing with responsibility can lead to moral distress when the nurse's ethical values are compromised over time (9).

Sometimes there is a gap between what the nurses want to do and what is possible to accomplish. Even though we can never really fully understand the other person's needs, Levinas writes that we must try to put ourselves in the place of the Other (10).

Personal responsibility

Both nursing groups spoke about the aftermath of living with difficult cases that had not been resolved in a satisfactory way. The profession of nursing needs courageous nurses (7) who stand up for their patients. When children are abused, PHNs have a responsibility to alert their collaborators. A vulnerable, restless, tearful little boy can be a naked expression of responsibility. Overtreatment and prolonging the life and suffering of old and very sick patients was of major concern for the ICNs. According to the ethical guidelines of the Norwegian Nurses' Organisation (NNO) pkt. 2.9 s.19 (17) nurses have commitments: "*The nurse is responsible for alleviating suffering,*

and contributes to ensuring a natural and dignified death.” Although treatment and its termination will always be the responsibility of a physician, Cronqvist writes about the nurses’ role regarding what they consider meaningless treatment. The nurses in Cronqvist’s (6) study believed that allowing a patient to suffer, for example from medical interventions, would only stall the event of death and that it was morally justified to let a suffering patient die (6).

The face of the Other is the source of responsibility, an appeal that demands response (10). Not resolving cases can entail internalizing responsibility. Wallinvirta (1) discusses external and internal responsibility. External responsibility relates for example to the correct performance of our duties, to act right and perform defined tasks correctly. Internal responsibility involves knowledge and ethical dimensions based on personal values and can contribute to quality in health care (1). Negative feelings can be interpreted as internal responsibility that can develop into moral distress.

The nurse can choose to turn a blind eye to the situation or stand her ground and fight for her values. Nathaniel (9) writes about how nurses can suffer and find that their lives have changed because of morally troubling patient care situations (9). This can be interpreted as an expression of carrying the burden of responsibility, and indicate that responsibility is perceived in a negative way. Moral distress can occur when we know what we are supposed to do, but we are prevented from doing it. This can prevent us from reflecting on our ethical responsibility (9).

Limitations

The scope of this study is limited but the nurses' experiences can be relevant to similar settings around the world. The authors were aware of the danger of a deductive analysis by relying too much on findings in former studies. To safeguard against this, an open inductive approach with closeness to the nurses' stories was chosen.

Concluding remarks and implications

Our participants' stories have revealed different aspects of ethical responsibility. Although these two groups conduct their everyday work in completely different settings, our study has shown that they have common experiences of ethical responsibility. Both PHNs and ICNs feel alone with the ethical responsibility involved in all the expectations and tasks in relation to patients. Although ICNs work in teams, they still experience a sense of being alone with their ethical responsibility.

With regard to participation in ethical decision making, ICNs reported not being involved as much as they wished. This feeling was not evident in the PHNs stories. They felt included as part of decision-making teams around clients. For further research, it would be interesting to study in more detail the perspectives of doctors and ICNs in relation to ethical decision making. Interviews with doctors and ICNs and PHNs and their collaborators would provide new perspectives. Focus group interviews with these professions, jointly and individually, could be an interesting approach.

Through our participants' stories, we saw that both PHNs and ICNs live with experiences that have made a great personal impression on them. When they look forward, it will also be natural for them to look back and reflect on their past experiences. One feeling common to both groups was that they missed a formal setting for ethical reflection. Nurses need such a setting where interdisciplinary ethical

reflection can take place. To achieve this requires interprofessional cooperation and support from management. We hope that our study has helped to provide insight into the phenomenon of ethical responsibility. We also hope that our study will provide inspiration for further studies and will have implications for practice by highlighting the needs of these nursing groups.

References:

1. Wallinvirta E. Ansvar som klangbotten i vårdandets menings-sammenhang [Responsibility as Sounding Board in the Carings Context of Meaning]. 2011.
2. Clancy A, Svensson T. 'Faced' with responsibility: Levinasian ethics and the challenges of responsibility in Norwegian public health nursing. *Nursing Philosophy*. 2007;8(3):158-66.
3. Fjetland KJ, Søreide GE. Ethical dilemmas: a resource in public health nurses' everyday work? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010;24(1):75-83.
4. Dahl BM, Clancy A, Andrews T. The meaning of ethically charged encounters and their possible influence on professional identity in Norwegian public health nursing: a phenomenological hermeneutic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2014;28(3):600-8.
5. Fernandes MID, Moreira IMPB. Ethical issues experienced by intensive care unit nurses in everyday practice. *Nursing Ethics*. 2013;20(1):72-82.
6. Cronqvist A, Theorell T, Burns T, Lützén K. Caring about-caring for: Moral obligations and work responsibilities in intensive care nursing. *Nursing ethics*. 2004;11(1):63-76.
7. Numminen O, Repo H, Leino-Kilpi H. Moral courage in nursing: A concept analysis. *Nursing ethics*. 2016:0969733016634155.
8. Nathaniel AK. A grounded theory of moral reckoning in nursing. 2003.
9. Nathaniel AK. Moral reckoning in nursing. *Western Journal of Nursing Research*. 2006;28(4):419 - 37.
10. Lévinas E, Aarnes A. Den annens humanisme [Humanism of the Other]. Oslo: Bokklubben; 2008.
11. Van Manen M. Researching lived experience : human science for an action sensitive pedagogy. 2nd ed. ed. London, Ont: Althouse Press; 1997.
12. Lévinas E. Totality and infinity. Pittsburg: Duquesne University Press; 1985.
13. Olausson S, Ekebergh M, Österberg SA. Nurses' lived experiences of intensive care unit bed spaces as a place of care: a phenomenological study. *Nursing in critical care*. 2014;19(3):126-34.
14. Aakre M. Jakten på dømmekraft praksisnært etikkarbeid i helsetjenesten [The Pursuit of Judgement: Practice-oriented Ethical Work in Helath Services]: Gyldendal Norsk Forlag As; 2016.
15. Clancy A. A profession under threat? An exploratory case study of changes in Norwegian public health nursing. *International Nursing Review*. 2007;54(2):197-203.
16. Reed TM. Ethics and infinity: conversations with Philippe Nemo. 1986. p. 290.
17. Sykepleierforbund N. The Norwegian Nurses Organisation. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICN's etiske regler [Ethical Guidelines for Nurses; the ICN Code of Ethics for Nurses],[online], nsf. no. Available from: www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf [Downloaded 06.01. 2014]. Norwegian Centre for Research Data (2014). . Database for Statistics on Higher Education 2011.

Anne Clancy
Profesjonshøgskolen Nord Universitet
Mørkved
8049 BODØ

Vår dato: 31.05.2016

Vår ref: 48619 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 08.05.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>48619</i>	<i>Studie om hvordan etisk ansvar forstås hos helsesøstre og intensivsykepleiere</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Nord universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Anne Clancy</i>
<i>Student</i>	<i>Aid Johanne Bredal Olsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Aid Johanne Bredal Olsen aid.johanne@gmail.com



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 48619

Prosjektet gjennomføres av studentene Aid Bredal Olsen og Annette Strand Tøllefsen.

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet forutsetter at det ikke innhentes personopplysninger om pasienter ifm. intervjuene, og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandling av opplysninger som finner sted.

Personvernombudet legger til grunn at studentene etterfølger Nord universitet sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 15.05.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”En studie om etisk ansvar”

Våre navn er Aid Bredal Olsen og Annette Strand Tøllefsen. Vi er utdannet henholdsvis helsesøster og intensivsykepleier. Vi holder nå på med et masterstudie i klinisk sykepleie ved Nord Universitet. Vår veileder er førsteamanuensis Anne Clancy ved Nord Universitet.

Bakgrunn og formål

I denne studien ønsker vi å gjøre en undersøkelse i forhold til hvordan etisk ansvar oppleves hos henholdsvis helsesøstre og intensivsykepleiere i deres arbeidshverdag. Vi starter med å undersøke de ulike yrkesgruppenes refleksjoner i forhold til egen praksis. På bakgrunn av det som fremkommer her vil vi se på eventuelle likheter og ulikheter mellom helsesøsters og intensivsykepleiers syn og refleksjon over det etiske ansvar hver enkelt har.

Denne undersøkelsen er en del av en masteroppgave og et masterstudie i klinisk sykepleie ved Nord Universitet.

Deg vi ønsker å intervju er helsesøster eller intensivsykepleier, og du har jobbet i klinisk praksis i minst 5 år.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Tidspunkt for gjennomføring av intervju planlegges fra medio juni 2016 til ultimo desember 2016. Intervjuene vil være åpne, og hensikten er å belyse erfaringer gjennom fortellinger fra praksis. Hva handler dine erfaringer om? Intervjuene vil bli tatt opp digitalt, og behandlet etter gjeldende forskrifter for behandling av personopplysninger. Alle deltakere vil bli anonymisert i publikasjoner fra prosjektet. Egen samtykkeerklæring underskrives i forkant av intervju. Hvert intervju vil vare ca en time, og gjennomføres på tid og sted som passer informantene. Dette etter nærmere avtale. Dersom du kan tenke deg å delta i dette prosjektet kan du si ifra til min kontaktperson som har gitt deg dette informasjonsbrevet. Du kan gjerne ta kontakt med en av oss ved eventuelle spørsmål. Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Vedlegg 2

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun vi og vår veileder som vil ha tilgang til innsamlet datamateriell. Digitale opptak vil bli oppbevart i låsbart skap. Transkriberte intervjuer vil lagres på passordbeskyttet PC. Alle data anonymiseres og vil ikke være gjenkjennbare. Ved prosjektslutt 15.05.17 blir digitale opptak slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Aid Bredal Olsen, mobil: 90774164, Annette Strand Tøllefsen, mobil: 99796943. Vår veileder er: Førsteamanuensis Anne Clancy, mobil: 90525918.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

INTERVJUGUIDE (kun til eget bruk).

Som forberedelse til intervjuene har vi laget oss en «guide». Guiden er veiledende. Vi har et ønske om å forholde oss til temaer slik at intervjuene blir så åpne som mulig. Vårt mål er å få frem innholdsrike fortellinger og refleksjoner fra praksis. Vi er her særlig opptatt av vårt etiske ansvar i vår arbeidshverdag. Det er situasjonsbeskrivelser og fortellinger vi ønsker å få frem. Temaer informantene trekker frem kan gi anledning til oppfølgingsspørsmål som ikke står i guiden. Vi orienterer kort om prosjektet. Tid til avklaring/spørsmål. Er det noe i brevet du lurer på?

Intervjuene varer ca 1 time.	
Kan du si litt om hvorfor du ønsket å bli helsesøster/intensivsykepleier. Hva er det særegne med å være helsesøster/intensivsykepleier? Er det noe du setter spesielt pris på/noe du ser kan være særlig utfordrende? Er det noe spesielt du vil trekke frem?	
Hvor lenge har du jobbet som helsesøster/intensivsykepleier?	
Føler du at du står alene om avgjørelser og vurderinger i din arbeidshverdag, eller jobber og diskuterer du mer i gruppe/team?	
Er det noe spesielt i arbeidshverdagen som kan skape bekymringer?	
Kan du fortelle om situasjoner som har gjort inntrykk på deg; En gang du følte du lyktes (var stolt), og en gang du følte du kom til kort. Er det noe spesielt/spesiell hendelse du vil trekke frem.	
Vil du si dette er en vanlig situasjon? Hvorfor tror du at du husker akkurat denne situasjonen?	
Hva opplever du er meningsfylt i jobben din? Hvilken respons opplever du at du får hos pasienter/mennesker du møter?	
Hvilke tanker gjør du deg i forhold til tid/ tidsbruk/	

Vedlegg 3

prioriteringer i din arbeidshverdag?	
Hva tenker du om ditt personlige ansvar i jobben?	
Er det noen formell arena for etisk refleksjon i arbeidshverdagen- hvis ikke, hvor og når foregår refleksjonen?	
Har du noen tanker rundt etisk ansvar i din arbeidshverdag?	
Til slutt, er det noe du ønsker å tilføye eller oppsummere med?	

Vedlegg 4

Oversikt over søk:

Felles søkeord i databasene: Ulike kombinasjoner av følgende søkeord (innbefattet OR, AND, trunkeringer og mesh) moral duty, moral obligations, ethics, community health nursing, public health nurse, district health nurse, intensive care, intensive care unit, respiratory care, special care unit, nurses, critical care nursing, ethics theory, decision making ethical.

Dato:	Database:	Limit	Antall treff, første artikkelsøk:	Relevante art. 1.gjennomgang	Relevante art. 2.gjennomgang	Antall treff, 2.artikkelsøk: (01.05.16-20.03.17).	Relevante artikler:
03.05.16	PubMed	2006- 02.05.2016	348 treff	10 stk.	17 stk.	11 stk.	Clancy, Svensson, 2007. Dahl, Clancy, Andrews, 2013. Clancy, 2007. Oh, Y & Gasmans, 2015. Numminen, Repo, 2015
03.05.16	Embase	2006-02.05.2016	754 treff	12 stk.	4 stk.	0 stk.	Fernandes & Moreira, 2012. Clancy, 2011.
03.05.16	SweMed+	2006- 02.05.2016	50 treff	4 stk.	4 stk.	8 stk.	Dahl, Clancy, 2015 Fjetland, Søreide, 2009. Nortvedt, Halvorsen, Bolling, 2008. Nortvedt, 2016 Kristoffersen, Friberg, Brinchmann, 2016

Vedlegg 4

03.05.16	CINAHL	2006-02.05.2016	517 treff	20 stk.	32 stk.	16 stk.	Moules, MacLeod, Thirsk, Hanlon, 2010. Nordtug, 2015 Oberle, Tenove, 2000. McAndrews, Leske, 2015. Cho, Kang, Park, 2015. Olaussen, Ekeberg, Østerberg, 2014.
Manuelle søk på bakgrunn av ref.lister							Wallinvirta, 2011 Nathaniel, 2006 Nathaniel, 2004. Clancy, 2010 Chronqvist, Theorell, Burns, Lutzen, 2004.

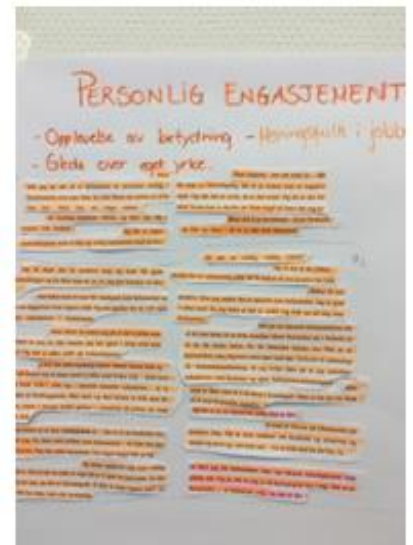
Utdrag fra analyseprosess - fra utsagn til tema:

Utdrag fra intervjuene	Felles opplevelse for helsesøstre og intensivsykepleiere	Tema
<p>Intensivsykepleier: «Det er du som skal ta tak i ting hvis de dukker opp. Og hvis jeg ikke ser det, og hvis jeg ikke har en lege her til å støtte meg, så er jeg helt alene».</p> <p>Helsesøster: «Jeg har jobbet alene i lange perioder. Dette har vært vanskelig fordi jeg har måttet ta alle avgjørelser på egenhånd. Jeg har ingen andre å støtte meg til, og jeg tror at mange helsesøstre i små kommuner synes dette er vanskelig. Det å ikke ha kollegaer å diskutere med..»</p>	<p>Opplevelse av å være alene og/eller teamarbeid i arbeidshverdagen.</p>	<p>Å arbeide alene og å arbeide i team</p>

<p>Intensivsykepleier: «Tempo kan variere veldig, fra å være stille og rolig (..) for så i løpet av de neste to timene så kommer det inn seks nye pasienter. Så det kan forandre seg på femøringen».</p> <p>Helsesøster: «Arbeidstiden er uforutsigbar, men samtidig gir det også en del muligheter til å disponere tiden».</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ansvar for prioriteringer mellom pasientrettet arbeid og andre forefallende oppgaver. - Uforutsigbare dager 	<p>Knapphet på tid og ansvar for å prioritere</p>
<p>Intensivsykepleier: «Det at du kan hjelpe et menneske gjennom en av de kanskje mest kritiske faser i livet (..) det tror jeg er noe av det mest betydningsfulle i jobben».</p> <p>Helsesøster: «Det er så ofte at de kommer til meg med det såreste av det såre (..) at jeg er den de velger å komme til (..)»</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Opplevelse av betydning/ opplevelse av meningsfullhet i jobben. - Glede over eget yrke - Hjelp til å ta kontroll over eget liv. 	<p>Personlig engasjement</p>
<p>Intensivsykepleier: «Jeg synes at legene ofte vil behandle mer enn sykepleierne ønsker (..) jeg tror at, uten at å ha noe tall på det, at de forlenger livet. De administrerer støttebehandling (..) non invasive ventilasjon på pasienter som er veldig gamle og syke.</p> <p>Helsesøster: «Når man gjør en feil og retter opp i den (..) man må jo få tillit av det også (..) jeg håper det er en styrke som kan bli snudd til noe positivt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bekymringer i forhold til overbehandling og livsforlengende behandling. - Å sette grenser. - Å ikke hjelpe til hjelpeløshet. - Modige sykepleiere. 	<p>Personlig ansvar</p>

Vedlegg 6

Bilder fra sortering og inndeling av temaer:



FORFATTERERKLÆRING VITENSKAPELIG ARTIKKEL

Aid Bredal Olsen og Annette Strand Tøllefsen er begge ansvarlige for studiens planlegging, gjennomføring og design.

Begge forfatterne har bidratt like mye i alle deler av prosjektet. Dette gjelder både gjennomføring av datainnsamling, analyse og fortolkning av datamaterialet.

Vi har utarbeidet artikkelen sammen, og godkjent versjonen som er klar til publisering.

Harstad, den 11.05.2017.

Aid Bredal Olsen.

Aid Bredal Olsen

Annette Strand Tøllefsen

Annette Strand Tøllefsen



Samtykkeskjema for publisering av masteroppgaver i Nord universitets åpne vitenarkiv, Brage Nord

Jeg/vi gir herved Nord universitet tillatelse til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

I/we hereby give Nord University permission to make this paper available for electronic publication:

Ja / Yes

Ja, men unntatt offentlighet for 3 år / Yes, but delayed public release (embargo) for 3 years

Ja, men unntatt offentlighet for 5 år / Yes, but delayed public release (embargo) for 5 years

Nei / No

Skjema kan fylles ut elektronisk, signatur ikke nødvendig. / The form can be filled electronically, signature is not necessary

Forfatter(e) / Author(s):
Norsk tittel / Title in Norwegian:
Engelsk tittel / Title in English:
Studieprogram / Study programme:
Emnekode og navn / Course code:

Selvvalgt litteratur

Antall sider:	Forfatter / Navn på litteratur:
269 sider	Aakre, M. (2016). <i>Jakten på dømmekraft praksisnært etikkarbeid i helsetjenesten.</i>
8 sider	Clancy, A. & Svensson, T. (2007). 'Faced' with responsibility: Levinasian ethics and the challenges of responsibility in Norwegian public health nursing.
13 sider	Cronqvist, A.,Theorell,T.,Burns,T. & Lützen,K. (2004). Caring about – caring for: Moral obligations and work responsibilities in intensive care nursing.
8 sider	Dahl, B.M., Clancy,A. & Andrews, T. (2014). The meaning of ethically charged encounters and their possible influence on professional identity in Norwegian public health nursing
10 sider	Fernandes, M.I.D. & Moreira, I.M.P.B. (2013). Ethical issues experienced by intensive care unit nurses in everyday practice.
40 sider	Kvale, S. & Brinchmann, S. (2015). <i>Det kvalitative forskningsintervju.</i> Kap. 2,4 og 7.
18 sider	Nathaniel, A.K. (2006). Moral reconing in nursing.
42 sider	Lévinas, E. & Aarnes, A. (2008). <i>Den annens humanisme.</i> s.14- s.56
14 sider	Numminen,O., Repo,H.& Leino-Kilpi, H. (2016). Moral courage in nursing: A concept analyses.
187 sider	Van Manen, M. (1997). <i>Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy.</i>
Sum: 609 sider	