

MASTEROPPGAVE

Emnekode: SYK 305H

Navn på kandidat: Lena Jakobsen

Sykepleielederens erfaringer med systematisk etisk refleksjon

Dato: 16.05.2016

Totalt antall sider: 84

Forord

En av grunnene til at jeg valgte å gå i gang med en masterutdanning har vært å gi mine barn tro på at vil man noe sterkt nok, ja så klarer man det. Kunnskap er alltid lett å bære. Takk til William, Benjamin, Markus, Emil og Ulrikke som har vært min motivasjon til å klare å komme i mål med en mastergrad. Dere er verdens beste!

Takk til professor Berit Støre Brinchmann for veiledningen på oppgaven. Til Thomas og Lise som har bidratt med oppmuntring underveis og hjulpet meg med å holde fokus, takk for at dere er så rause og for at dere er nøyaktig slik dere er. Å kunne få tilrettelegge på arbeidsplassen for i det hele tatt å kunne få delta på samlinger, skylder jeg takk til Randi Reppen og arbeidsgiver Harstad kommune. Min kjære livsledsager Per-Harald som alltid leser korrektur og guider meg gjennom norsk rettskriving, orddelingssyken og oppgavetekniske problemstillinger: du er uvurderlig på alle vis!

Å være sykepleier er en del av hvem jeg er og hva jeg definerer meg selv ut ifra. Å kunne få være med på å bidra til å oppnå noe som til slutt er viktig for pasienter og pårørende, er viktig for meg. Kunnskap på veien har vært å lære hva som kjennetegner god forskning og hvordan best mulig kunne utføre den på egen hånd. Veien blir i høyeste grad til mens man går, og denne masteroppgaven er første steget. Sist men ikke minst en stor takk til mine ni informanter som tok seg tid til meg i en stresset hverdag for å dele tanker og erfaringer med meg!

Evenskjer 16.mai 2016

Lena Jakobsen

Sammendrag

”Sykepleielederens erfaringer med systematisk etisk refleksjon”; en kvalitativ studie om sykepleielederens tanker angående systematisk etisk refleksjon. Dette er en masteroppgave i klinisk sykepleie ved NORD universitet. Bakgrunnen for oppgaven er å forsøke å finne ut hvilke erfaringer ledere på sykehjem og hjemmesykepleie i kommunehelsetjenesten har med systematisk etisk refleksjon, også kalt SER. I det meste av forskning gjort på temaet etisk refleksjon har det vært vanskelig å finne litteratur som beskriver hvilken erfaring ledere har med bruk av SER. SER er en måte å reflektere systematisk på etiske spørsmål, og foregår gruppevis. Det er gjort en del forskning på hva sykepleiere ønsker og hvilke behov de har fra leder for å kunne ha en etisk praksis. Imidlertid kommer det ikke like godt frem hva lederne selv tenker om dette, og hvordan de ivaretar en etisk faglig praksis som leder. Spørsmålet som ligger til grunn for oppgaven er:

Hvilke erfaringer har sykepleieledere med systematisk etisk refleksjon?

Ved å bruke semistrukturert forskningsintervju som tilnæringsmetode har det vært mulig å nærme seg en kvalitativ løsning på problemstillingen. Datainnsamlingen utgjør intervju med ni personer som har ansvar for etikk på ulikt ledernivå. Alle informantene ble intervjuet på sin arbeidsplass. Resultatene har blitt diskutert ved bruk av ulike artikler om emnet. Martinsen og Erikssons sykepleiefilosofiske tilnærming har også en sentral plass i drøftingen. Analysen har tatt utgangspunkt i innholdsanalyse, og blir fremstilt med hovedtemaene ”samvittighetsfrigjøring” og ”leders eget behov for SER”. I kapitlet ”samvittighetsfrigjøring” diskuteres hvordan leder bruker SER for å frigjøre pleierne fra skyldfølelse for ikke å strekke til. Subtemaene ”etikkspecialist” og ”etisk språk” blir belyst under delkapitlet ”samvittighetsfrigjøring”. De blir diskutert ved bruk av teori og annen litteratur som handler om etisk refleksjon, pleieren og sykepleielederen.

Avslutningskapitlet oppsummerer hvordan ledernes eget behov for systematisk etisk refleksjon over egen praksis ikke er ivaretatt, men blir beskrevet som et udekket behov hos den enkelte leder. Lederens tanker om bruk av refleksjon på den enkelte arbeidsplass trer frem, likeså betydningen av å ha et etisk språk på arbeidsplassen.

Abstract

” The nurse leaders’ experiences of moral case deliberation” is a qualitative study of nurse leaders and their thoughts and opinions of MCD. This is a masters’ thesis in Master of clinical nursing by NORD University.

Aim: To develop an understanding of nurse leaders’ experiences of moral case deliberation (MCD) in Norwegian primary municipality homecare and institutions.

Background: The topic of nurse leaders’ thoughts and opinions of MCD are not well described in nursing research. The literature mainly concerns nurses’ needs and expectations toward their nurse leader. The focus of ethics in nursing is an perpetual topic and issue when it comes to caregiving, and so it should be. Therefore, it is of great importance to explore nurse leaders’ need of MCD, and the ways in which MCD concerns them. Nurse leaders are responsible for how the ethical standard emerges in the working environment and the care provided by the staff members.

Method: A qualitative method of semi-structured interviews of nine nurse leaders, interpreted with the approach of content analyses. The discussion is linked to Martinsen’s caring philosophy and Eriksson’s caritative care philosophy. The result is divided into two main themes. The first is named “conscience-release” with two subcategories: ” The ethics specialist” and ”ethical language”. The last theme is called “leader deliberation”.

Result: The nurse leaders’ interviews showed a great deal of concern for their staff. They use former knowledge of their practice as caretaker/ nurse in the context as a leader. They were particularly concerned with how to release the caregivers of their bad conscience towards the patients. The use of MCD-groups gave the leader enhanced sensitivity and opportunity to help the staff work through their emotions and move on. At the same time, the MCD-groups gave the participants ethical competence and an ethical language.

Implication: The nurse leaders’ formal position and former experience as healthcare givers, strengthens their ability to help the staff in their emotional struggle of not being able to give the patient everything he needs. The nurse leader can ease the pain of the moral distress of their staff by providing MCD on a regular basis. However, there is a need for the nurse leaders own ethical deliberation on a systematic basis, and a need to do further research on these topics.

Key words: nurse managers, ethical deliberation, MCD, ethical language, conscience-release, ethics.

Innhold

Forord	1
Sammendrag	2
Abstract	3
1 Innledning	6
1.1 Bakgrunn og relevans	6
1.2 Mitt utgangspunkt for valg av tema	8
1.3 Problemstilling	9
1.4 Presentasjon av oppgaven	10
1.4.1 Begrepsavklaringer.....	11
1.4.2 Avgrensning.....	13
2 Forskningsteori	14
2.1 Fremgangsmåte artikkelsøk	14
2.2 Tidligere forskning	16
2.2.1 Etisk kompetanse.....	21
2.2.2 Etisk språk.....	22
2.2.3 De multidimensjonale hensyn.....	22
2.2.4 Oppsummering.....	25
3 Omsorgsteori	26
3.1.1 Karitativ omsorgsetikk	26
3.1.2 Kari Martinsens omsorgsfilosofi	28
3.1.3 Oppsummering.....	31
4 Metodologi	32
4.1 Forskningsdesign	32
4.1.1 Kvalitativ forskningsmetode.....	32
4.1.2 Det kvalitative forskningsintervjuet.....	33
4.1.3 Innholdsanalyse og troverdighet	33
4.2 Egen forskerrolle	34
4.2.1 Feltkunnskap og forforståelse.....	34
4.2.2 Utvalg.....	34
4.2.3 Datainnsamling/ transkribering	37
4.3 Analyse	38
4.3.1 Kvalitetssikring av oppgaven.....	41

4.3.2	Forskningsetikk	43
4.3.3	Oppsummering av metodologi.....	44
5	Funn.....	45
5.1	Samvittighetsfrigjøring.....	45
5.1.1	Åpen kommunikasjon	46
5.1.2	Rettferdig ressursfordeling	47
5.1.3	Arbeidsmiljø og sykefravær	49
5.2	Etikkspesialist	50
5.3	Etisk språk	52
5.4	Lederrefleksjon	54
5.4.1	Oppsummering av funn.....	58
5.5	Drøfting av funn	58
5.6	Samvittighetsfrigjøring.....	59
5.6.1	Økt sensitivitet og oppmerksomhet.....	60
5.6.2	Rettferdig ressursfordeling og prioritering.....	62
5.6.3	SER gir bedre psykososialt arbeidsmiljø	64
5.6.4	Når motstanden blir for tung å bære.....	65
5.7	Etikkspesialist	67
5.8	Etisk språk	69
5.9	Lederrefleksjon	71
5.9.1	Oppsummering av drøftingen.....	75
6	Avslutning.....	77
6.1	Implikasjoner for praksis	78
	Referanser.....	79

Vedlegg 1: Lesematrise

Vedlegg 2: NSD med prosjektnr. 38874

Vedlegg 3: Temaguide

Vedlegg 4: Forespørsel om deltakelse

1 Innledning

Innledningen vil skissere hva som har vært bakgrunnen for valget av oppgave med utgangspunkt i sykepleiens perspektiv. De sentrale verdiene i dagens omsorgssektor hvor sykepleieren og lederen befinner seg, trekkes frem. Det personlige utgangspunktet som ligger til grunn for oppgaven vil bli utdypet. Deretter forklares oppgavens tema, problemstilling og struktur. Til slutt belyses de ulike begrepene som blir brukt.

1.1 Bakgrunn og relevans

Det er viktig å ivareta etikken i sykepleie. Både fordi det er en grunnleggende del av sykepleie som fag og fordi det representerer vårt menneskesyn. Den vestlige sykepleie har sitt utspring i kristen moral og tradisjon (Nordtvedt, 1998 s. 155). Hvilke verdier som er viktige til enhver tid vil være basert på vår tids holdninger og reflektere hvordan samfunnet rundt oss er bygd opp. De verdier som ligger til grunn for sykepleie i den vestlige verden i dag, har sitt utgangspunkt i menneskerettighetserklæringene, yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og ulike etiske regelverk. Denne etikk kalles for normativ etikk og er viktig når man nå ser hvordan ny teknologi krever en annen tilnærming fra sykepleiere og ledere enn tidligere. Det stilles nå krav som er konkrete og som krever en stor grad av praktiske resonnement (Fjelland og Gjengedal, 2000 s. 129).

Medisinske fremskritt og ulike politiske føringer og reformer styrer i høy grad helsevesenet vårt. Ulike prioriteringer som gjøres på alle nivå berører hverdagen til mange mennesker. I dag er det Samhandlingsreformen (St.meld.nr.47: 2008-2009) som sist har vært med på å forandre det landskapet helsearbeidere i primærhelsetjenesten jobber i. Man ønsker å satse på forebygging fremfor behandling, og tenker seg at dette vil bidra til en befolkning med mindre behov for sykehustjenester. Samhandlingsreformen skisserer også utfordringer som følge av å sentrere helsetjenestene pre- og posthospitalt, ut til kommunene. En av utfordringene er de forventninger som ligger til helseledelsen i kommunen. Mange aktører er involvert med ulike styringslinjer. Det er uklart hvem som har myndighetsrollen og denne oppgaven er også krevende (St.mld.nr.47, 2008-2009). Dette er det overordnede bildet. Midt oppi dette befinner avdelingslederen i både sykehjem og hjemmesykepleie seg. De økte kravene medfører hurtigere og tidligere utskrivning av pasienter fra sykehusene og utløser et krav til kommunen om å ta imot (Grimsmo, 2015).

For å finne plass til alle som meldes fra spesialisthelsetjenesten med behov for behandling, opptrening, rehabilitering og rekonvalesens etter innleggelse på sykehus, er det et uttalt ønske fra kommunen om å kunne overføre pasientene til eget tilrettelagt hjem så snart som mulig. I tillegg skal kommunen legge til rette for at spesielt eldre skal kunne bo i eget hjem så lenge som mulig. Et komplekst og krevende bilde av dagens primærhelsetjeneste tegner seg, og utfordringen som oppstår da er hvordan lederen ivaretar den etiske grunnholdning og hvordan den kommer til uttrykk i det daglige møtet med pasienter, pårørende og kollegaer.

I en nyhetsmelding fra regjeringen 23.08.2015 annonserer helse- og omsorgsminister Bent Høye at regjeringen vil utvikle en ”trygghetsstandard” som alle landets sykehjem kan ta i bruk. Man ønsker at god praksis skal ha konkrete krav som skal forbedre kvaliteten på tilbudet. Derfor har man satt ned en bredt sammensatt styringsgruppe som sammen med Helsedirektoratet skal utarbeide et verktøy som konkret skal vise hvordan det enkelte sykehjem kan sikre en god ledelse, organisering og en praksis som er profesjonell. Man tenker seg at resultatet av kvalitetsarbeidet skal være målbart. Årsaken til at regjeringen ser et behov for et felles verktøy er den store variasjonen som er i kvalitet på pleie og omsorg. Dette er med på å bidra til at tilbudet til den enkelte pasient ikke er like godt og heller ikke likeverdig på de ulike sykehjem (Regjeringen, 2015). Systematisk etisk refleksjon kan være en av metodene for å sikre kvalitet.

I EU har man prosjekter fra så tidlig som 2004 om bruk av systematisk etisk refleksjon. Flere europeiske land har deltatt i disse studiene. Blant annet har forskere i Nederland, Sverige, Finland og Belgia de siste åren studert hvordan bruk av etisk refleksjon kan ha effekt på ulike områder i helsesektoren. En del av de internasjonale studiene har hatt som mål å utvikle et evalueringsinstrument om helsepersonells erfaringer med utfall av etisk refleksjon. Man kan allerede si noe om hvordan etisk refleksjon slik det er bygd opp i dette prosjektet, har betydning for lederens evner til å kommunisere med pleierne (Weidema, Molewijk, Kamsteeg, & Widdershoven, 2013).

I Norge har KS (Kommunenes interesse- og arbeidsgiverorganisasjon) i samarbeid med ulike yrkesorganisasjoner innen helse, Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet siden 2007 og frem til 2015 drevet et prosjekt kalt ”samhandling om etisk kompetanseheving”. Dette prosjektet har enkelte av avdelingslederne som ble intervjuet vært en del av, mens andre igjen ikke har deltatt.

Flere forskningsrapporter angir lederen som et moralsk forbilde for de ansatte og som den som er ansvarlig for å sørge for at pleien i det enkelte sykehjem eller hjemmesykepleieavdeling er faglig og etisk forsvarlig. Dette er uavhengig av hvilken organisatorisk etisk ramme som er satt på forhånd (Edmonson, 2010). Den etiske standarden angis spesielt gjennom ICNs etiske retningslinjer (International Council of nurses, 2011) som alle sykepleiere forplikter seg til å følge. I kommunene er det forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene som spesifiserer de etiske krav til helsetjenestene som skal utføres.

Sykepleiere har et større krav om etisk kompetanse i utførelsen av sitt yrke enn mennesker i mange andre yrker. Det er ikke tilstrekkelig med den daglige moralske overbevisning når det gjelder pleie og omsorg av syke mennesker. Det å kunne legge merket til at noe ikke er rett og reagere på det, betyr å ha god etisk sensitivitet (Edwards, 2009). Dette skal også lederen gjøre, samtidig som hun forplikter seg til å følge de retningslinjer som foreligger for å yte helsetjenester i det enkelte land hun jobber i (Poikkeus, Numminen, Suhonen, & Leino-Kilpi, 2013).

Eksisterende forskning på leders erfaring med systematisk etisk refleksjon er bakgrunnsmateriale for oppgaven i den grad det har vært mulig å finne artikler som har vært tilstrekkelig relevant i forhold til oppgavens problemstilling. Som tidligere nevnt er etikk i kommunehelsesektoren viktig og nødvendig å forske på, og lederens holdninger i dagens helsevesen vil kunne si noe om hva som er viktig å fokusere på videre fremover i tiden som kommer. Helsevesenet har i mange år slitt med et stort sykefravær i pleie og omsorg, med mye lidelser og problemer relatert til muskel- og skjelettplager. Mange undersøkelser og mye forskning er gjort for å forsøke å kartlegge virkemidler for å holde pleierne friske og på jobb. Allikevel er det fremdeles behov for flere ulike tilnærmelser til problemet da sykefraværet fremdeles er for høyt. Dette påvirker blant annet ivaretagelsen av oppfølging og kontinuitet for den enkelte pasients pleie og behandling.

1.2 Mitt utgangspunkt for valg av tema

Som sykepleier mange års erfaring både fra hjemmesykepleie og institusjon i primærhelsetjenesten, er det lett å se og kjenne på de endringer som har funnet sted i helsevesenet de siste årene. Selv om min erfaring i hovedsak er ”på gulvet”, i nær kontakt

med pasienter, pårørende og andre pleiere, har jeg de senere årene også vært en del av ledelsen på min arbeidsplass. Egen erfaring som leder har vært medvirkende til valg av tema for oppgaven. Opplevelsen av lederen som nøkkelen til i hvilken grad man klarer å sørge for en god etisk ramme rundt pasientarbeidet er både utfordrende og interessant. På arbeidsplassen representerer alle pleierne både hverandre og ledelsen når det kommer til begrunnelse av valg og hvilke holdninger som fremkommer i samhandling med pasienter og pårørende. Min kollega vil representere mine verdier og vice versa. Vi har derfor en plikt mot hverandre til å holde fanen høyt når vi flagger egne holdninger og verdier.

I en temarapport lagt frem i 2014 om menneskerettigheter i Norske sykehjem konkluderes det med at staten har det overordnede ansvar for å sørge for at *medisinsk personell og andre helsearbeidere har nødvendig utdanning, ferdigheter og etiske retningslinjer, inkludert opplæring i menneskerettigheter* (UiO- Norsk senter for menneskerettigheter, 2014, s.19). Her mener man at menneskerettighetene er overordnet all lovgivning, og slår fast viktigheten av at all helsepersonell får opplæring i disse. Som sykepleiere og ledere er vi underlagt de samme etiske retningslinjer (ICN, 2011) som alle andre sykepleiere. Disse har utgangspunkt i menneskerettighetserklæringene. At vi i 2016 må få en påminnelse om hva som er viktig når vi samhandler med og behandler andre mennesker er bekymringsfullt. Kan man virkelig bare skyldes på dårlig tid og mange arbeidsoppgaver? Har lederen fokus på de grunnleggende erfaringer og kunnskaper som gjør etikken bærende i all sykepleie? Er etiske verdier og holdninger forandret blant sykepleielederne? Funnene gjort i undersøkelsen min har gitt meg en del svar på hva lederen tenker om dette.

1.3 Problemstilling

Forskningsspørsmålet som ligger til grunn for oppgaven er som følger:

- **Hvilke erfaringer har sykepleielederen med systematisk etisk refleksjon?**

Følgende tilleggsspørsmål har vært nødvendig for å få svar på problemstillingen:

- Hva er bra med SER?
- Er det negative erfaringer med SER?
- Hvilket behov har lederen selv for systematisk etisk refleksjon?

Målet med oppgaven har vært å få ledere av sykepleiere og andre helsearbeidere til å åpent reflektere og si noe om hvilke tanker og erfaringer de har når det gjelder systematisk refleksjon på arbeidsplassen. Negative erfaringer vil være like verdifulle å vite noe om som positive erfaringer. Lederens stemme er i høy grad fraværende i den offentlige debatt om etikk. Det er viktig å få frem denne stille røsten av flere årsaker. Lederen regnes som premissleverandør for de etiske rammer og det etikkarbeid som utføres på den enkelte arbeidsplass i kommunens institusjoner og hjemmebaserte tjenester. Det er kanskje den viktigste grunnen til at det er viktig å vite noe om dette.

Forskningen ble utført ved hjelp av en kvalitativ metodologitilnærming og ble gjennomført ved bruk av semistrukturert forskningsintervju hvor ni informanter ble intervjuet. Det er et overordnet mål med kvalitativ forskning å kunne komme nærmere fenomener som erfaringer i livet (Malterud, 2013). Ved å intervjuer åtte ledere med etikkansvar og en fagutviklingssykepleier, forsøkte jeg å finne deres erfaringer med refleksjon i en etisk og metodisk kontekst. De ni intervjudataene ble først systematisk tekstkondensert ved hjelp av å dekontekstualisere og deretter rekontekstualisere som beskrevet av Malterud. Jeg ønsket å finne ut om det var felles utfordringer og erfaringer blant informantene, og om disse ville være interessante i forskningssammenheng.

Hensikten med undersøkelsen er å finne de utfordringer ledere sitter med når de har gjennomført systematisk etisk refleksjon sammen med ansatte over en viss tidsperiode. Jeg ønsker å få et innblikk i hvilke tanker den enkelte leder har om hva som er positivt og hva som er negativt med å organisere refleksjoner systematisk med de ansatte. Hvilket behov lederen selv har for å gjennomføre en slik type etisk refleksjon har også vært en vesentlig målsetning å finne ut av. Målet er å gjøre lederens stemme hørt, og kunne bidra til økt kunnskap om hvilke etiske utfordringer dagens sykepleieledere møter i sin komplekse hverdag, og hvordan de i så fall tenkes løst.

1.4 Presentasjon av oppgaven

Oppgaven er delt inn i seks hovedkapitler med tilhørende underkapitler. Den første delen gir en redegjørelse for hvorfor valgt tema er aktuelt ut fra dagens samfunn, og søkt satt i en

sykepleiefaglig kontekst. Innledningen gir også en teoretisk bakgrunn for valg av problemstilling og gjør begrepsavklaringer hvor det kan tenkes være nødvendig.

Oppgavens andre del forklarer fremgangsmetoden i artikkelsøk, og gir en oversikt over hvilke artikler om etikk og sykepleieledelse som danner den faglige bakgrunnen for diskusjonen. Forskningsartiklene sier noe om hva som forventes av lederen for sykepleiere og andre pleiere, og legger en del premisser for systematisk etisk refleksjon. Den teoretiske delen er i all hovedsak presentert ved Kari Martinsens omsorgsteori i kapittel tre. Katie Erikssons karitative omsorgsetikk har også funnet sin plass i denne delen.

Fjerde kapittel viser hvilken metode som er brukt og hvilke fremgangsmåter som er brukt for å ivareta kravet til refleksivitet og troverdighet i oppgaven. Utvalgs-kriterier og krav til forskningsetikk vil også bli belyst i denne delen. En presentasjon av informantene vises i tabell to, informantoversikt.

Kapittel fem presenterer de mest relevante funnene som er gjort under analysen av materialet. Disse funnene danner grunnlaget for de drøftinger som er gjort i lys av relevant teori tidligere presentert i kapittel to. Sjette og siste kapittel avslutter oppgaven med en oppsummering av diskusjonen og implikasjoner for praksis og behov for videre forskning på temaet.

Masteroppgavens seks deler følger standard oppgaveinndeling og oppbygning i akademia. Begrensninger som ligger i masterstudiet både økonomisk og tidsmessig, har gjort at antall deltakere er begrenset til ni informanter, som på forhånd ble regnet som et akseptabelt antall for å kunne få svar på problemstillingen. Jeg utførte all transkribering i nær tid etter intervjuet. Oppgavens troverdighet er forsøkt ivaretatt ved presentasjon av empiriske data og ved å gjøre en god drøfting av disse. Generalisering av funn kan vurderes opp mot hvor solid man anser oppgaven å være, men kunne kanskje blitt enda bedre ved bruk av enda flere informanter. Selv om det er brukt en kvalitativ tilnærming til forskningsmetode, vil en form for generalisering kunne øke funnenes relevans og overførbarhet til praksis.

1.4.1 Begrepsavklaringer

Følgende begreper som fremkommer i oppgaven har behov for en nærmere avklaring:

- Systematisk etisk refleksjon

- Avdelingsleder
- Pleier

Systematisk etisk refleksjon

I oppgaven er dette en del av hovedproblemstillingen, og vil som oftest være forkortet SER eller SER-grupper, som er en norsk betegnelse. Som systematisk menes gjentagende over tid og da ikke kun noen uker eller måneder. Dette begrepet er valgt brukt ganske vidt, og det er ikke lagt noen begrensninger for informantene angående gruppenes sammensetning, antall deltakere, og hvor ofte den er samlet. I hovedsak snakker informantene om grupper på 4-8 deltakere, med varighet over et halvt til flere år. Gruppenes sammensetning har inkludert ulike faggrupper, som sykepleiere, hjelpepleiere/ omsorgsfagarbeidere og assistenter. Veilederne i gruppene har vært både eksterne og interne, altså har enkelte ledere selv vært veileder i gruppene internt. I engelsktalende artikler er ”moral case deliberation” oftest forkortet til ”MCD”. Dette regnes som et synonymt begrep til ”systematisk etisk refleksjon” eller ”SER”. I oppgaven vil disse to begrepene og forkortelsene brukes parallelt.

En oppsummering av tilgjengelig forskning på internasjonalt nivå, viser lite forskning på sykepleieledernes hovedutfordringer når det gjelder systematisk etisk refleksjon i primærhelsetjenesten. Det er flere ulike begreper i bruk, blant annet clinical supervision og ethic rounds. Disse kan dog ikke direkte oversettes til SER. I denne oppgaven er bakgrunnen nettopp systematisk etisk refleksjon eller moral case deliberation, som er et eget opplegg. Egne veilederbetegnelser som facilitator og moderator brukes, og er en form for veileder og observatør i gruppene. I tillegg er det et sett med regler for hvordan disse gruppene skal foregå både med tanke på antall deltakere og regelmessighet. Denne metoden er kjent i Europa blant annet gjennom flere forskningsprosjekt som har MCD som fokus. Flere av disse er presentert i oppgaven.

Avdelingsleder

Selv om ikke alle informanter har sykepleiefaglig bakgrunn og ikke alle er avdelingssykepleiere vil de i oppgaven bli betegnet som ”avdelingsleder” eller ”leder”. Dette også for at de av informantene som er virksomhetsledere eller enhetsledere ikke skal kunne gjenkjennes av anonymitetsprinsipp. Det vil være lettere å gjenkjenne en virksomhetsleder enn en avdelingssykepleier. Felles for alle er at de har eller har hatt ansvar for etikkarbeidet i

den enkelte avdeling, og har veiledet pleiere i etiske spørsmål. Informantene har vært av begge kjønn, men vil i oppgaven bli referert til som hun eller henne.

Pleier

Referansen pleier innbefatter alle som utøver helsehjelp i helseinstitusjon eller i hjemmesykepleie. Dette inkluderer sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. Der det er aktuelt vil sykepleiere være referert til som egen gruppe. For enkelhets skyld presenteres pleieren som ”hun”.

1.4.2 Avgrensning

Prosjektet tar utgangspunkt i primærhelsetjenesten. Dette ble naturlig da KS sitt prosjekt med etisk kompetanseheving har hatt betydning for flere av informantene, og ble delvis brukt for å komme i kontakt med informanter. Det er ikke gjort vurdering av hvilken type og modell for etisk refleksjon som er gjort i gruppene. I de ulike kommunene er det institusjoner som sykehjem og hjemmetjenester som er arbeidsplass for lederne som ble intervjuet.

2 Forskningsteori

I denne delen av oppgaven vil den forskningsbaserte seksjonen av den teoretiske rammen bli presentert. Den første delen viser fremgangsmåten ved søk i databaser og artikkelfunn som er nærmest mulig relatert til forskningsspørsmålet. Flere ulike artikkelfunn sier noe om systematisk etisk refleksjon og hva dette er, samt forventinger og utfall av SER. Ofte presenterer artiklene sykepleieperspektiv på etisk refleksjon, og i mangel på tilstrekkelige artikkelfunn fra sykepleieleders perspektiv, er disse tatt med. Tabell 1 ”systematisk litteratursøk i databaser” gjengir de mest brukte søkeord.

2.1 Fremgangsmåte artikkelsøk

Dette har uten tvil vært den mest krevende delen av prosjektet. Å finne de rette databasene, bruke de rette søkeord og finne relevante artikler som er skrevet tidligere om temaet har vært en stor og viktig oppgave. Redselen for å *ikke* finne gode artikler som belyste problemstillingen min og overse viktig forskning, laget en usikkerhet gjennom hele prosjektet på om problemstillingen virkelig var viktig å belyse og ikke hadde vært forsket så mye på tidligere.

Søk i NORD universitets databaser, Google, samt helsebiblioteket utgjorde grunnlaget for de artiklene som ble funnet. Bruk av databaser som har sykepleievitenskapelig tilnærming ble prioritert. Søkeord var: systematisk etisk refleksjon, sykepleiere, ledere, ethic collaboration, nurseleaders og MCD. I søkebasen CHINAL utgjorde søkeordene ”systematic ethic collaboration” 6 104 treff, ved å bruke smartsøk og legge til søkeord ”nurse managers” og ”leaders” dukker det opp åtte treff. To av disse er systematic review, men handler kun indirekte om sykepleieledere. SCOPUS gir ingen relevante treff på samme søk. I databasen Wiley finnes ingen treff i abstract-søk på systematic etic collaboration og nurse leaders, og av 94 treff på enten systematisk etisk refleksjon ELLER sykepleieledere, finnes samme review som var i CHINAL. Ved å forandre søkeord til ”moral case deliberation AND nurse leaders OR nurse managers” og søke på , får jeg opp 53 166 treff sortert på relevans. Her finner jeg en høyst relevant og fersk artikkel publisert i Journal of Nursing Managements blant de første artiklene som vises. Ved å bruke litteraturlistene til disse og andre artikler, finner jeg flere artikler som kan være interessante. De beste søkeordene viser seg altså å være ”moral case deliberation AND nurse managers OR nurse leaders” med 1 712 treff i CHINAL. De samme

søkeordene ble også brukt i andre databaser som Springer og Svemed+ og SAGE. I de 40 mest relevante treffene i alle søk ble tittelen og innledning lest dersom det ble antatt å kunne være relevant.

Ved å bruke databaser som er internasjonale og til dels store, forsøker jeg å nå frem til den forskning som er gjort på området, og som tilfredsstillende kriterier for god og vitenskapelig forskningsartikler. I hovedsak må man kunne stole på at den forskningen som er gjort tidligere tilfredsstillende krav til god forskning. For å kvalitetssikre artiklene som ble med i forskningen, fant jeg at å bruke en sjekkliste for kvalitative studier gav god oversikt og innsikt i de ulike artiklene. Jeg valgte å bruke www.kunnskapssenteret.no sin sjekkliste, da den var noe enklere enn Malteruds (2013). Critical Appraisal Skills Programme (WWW.casp-uk.net) sier da også at forskningsartikler publisert i blant annet pubmed og cochrane har gjennomgått denne kvalitetssikringen før artiklene blir publisert, mens Malterud (2013) mener at man fremdeles må bruke kritisk sans når man vurderer artiklene og forskningens verdi og troverdighet.

Søket ble utført med både norske og engelske søkeord i de skandinaviske databasene, og engelsk i de internasjonale. Videre søk i referanser til de ulike artiklene som ble funnet, gav flere artikler. Kun et fåtall artikler handlet om leder og systematisk etisk refleksjon. Det er lite artikler som omhandler systematisk etisk refleksjon og sykepleieledere. De fleste artiklene handlet om sykepleiere og deres behov/ krav på tilrettelegging for refleksjon fra lederne. Jeg har valgt å ta med noen av disse siden det var mangelfullt av artikler som gikk direkte på ledernes egne erfaringer av systematisk etisk refleksjon.

Tabell 1

Systematisk litteratursøk i databaser

	SAGE, MEDLINE, CINAHL, HELSEBIBLIOTEKET, SPRINGER, Svemed+, Scopus	
etikk	etikk, ethics, moral issues, ethical collaboration	”AND”
sykepleieledere	nurseleader(s), nurse managers,	”OR”
SER	mcd, systematisk etisk refleksjon, decision making, ethical deliberation, ethical dilemmas	”OR”

Det er ikke gjort avgrensninger i forhold til sykehjem, institusjon eller hjemmesykepleie da det var lite relevante treff i utgangspunktet.

2.2 Tidligere forskning

En av de artiklene som virker mest relevant er fra en stor studie som pågår i Nederland, hvor det i 2013 ble publisert forskning gjort blant ledere og pleiere på en stor psykiatrisk institusjon. Det er publisert flere artikler fra denne studien som kan være interessante å overføre til norske forhold. Siste artikkel fra denne studien som er tatt med er ganske så fersk, fra 2015.

Fra denne studien ble følgende Nederlandsk studie publisert i *Nursing Ethics: Aims and harvest of moral case deliberation* (Weidema et al., 2013). Her viste det seg at lederne på institusjonen hadde andre mål for bruken av systematisk etisk refleksjon blant de ansatte, enn det som kom frem blant sykepleierne selv. Det kunne se ut til at lederne forventet at sykepleierne skulle utvikle en kritisk tilnærming til praksis og at samarbeidet mellom de ansatte ble bedre. Lederne regnet med at rutinene skulle bli bedre, og at personalet fant inspirasjon og motivasjon i arbeidet. SER var forventet å skulle bidra til bedre og tydeligere kommunikasjon.

Et felles mål til lederne i denne undersøkelsen, er et ønske om at etisk refleksjon skal bidra til at sykepleiepraksisen forbedres, og at sykepleie som fag styrkes. Det kan virke som om ledernes mål for etisk refleksjon var å bedre sykepleiernes faglige identitet, og at direkte forbedring av pasientpleie var en positiv bonus som fulgte med. Tid og dialog styrker samarbeidet i arbeidshverdagen når man bringer sammen leders og pleiers perspektiv. Ledere og sykepleiere er enige om at systematisk etisk refleksjon gir en plattform for utveksling av ideer og meninger som kan bedre arbeidsmiljø og praksis, uavhengig av den enkelte deltakers erfaring og praksis. Denne prosessen gir samhold og team-building på arbeidsplassen. Lederne har en konkret målsetning om at SER skal styrke den faglige identiteten, og at pleierne skal utvikle en kritisk holdning til rutiner. Pasienten skal ivaretas ved at sykepleierne opptrer som ”pasientens advokat” og forvalter dens interesser hvor det enn er aktuelt (Weidema et al., 2013).

Tilrettelegge for etisk refleksjon er en lederoppgave

Sykepleieledere har et ansvar for å legge til rette for at pleierne skal håndtere en hverdag hvor mange vanskelige og etisk utfordrende problemstillinger oppstår. I Norge reguleres dette av helse- og omsorgstjenestelovens (hol, 2011) §4.1 c, som også betegnes som ”forsvarlighetsparagrafen”. I hovedsak beskriver denne paragrafen kommunens plikt til å legge til rette slik at helsearbeidere er i stand til å utføre sine plikter og oppgaver som pleiere på en forsvarlig måte. Kvalitetsforskriften og veilederen til denne utdyper kravene ytterligere, og nevner spesielt bruk av etisk refleksjon som en måte å sikre etikk i utøvelsen av pleien (Helsedirektoratet IS-1201, 2004 s.20 og s.36).

Lederens evne til å tilrettelegge for en god etisk kultur på arbeidsplassen er som et fotavtrykk av hennes ulike egenskaper og holdninger. Kulturen synliggjør hvordan lederens etiske forståelse er. Den vil vise hennes verdier, personlighet og evne til å diskutere. Lederens støtte gjennom sykepleiernes hverdag i klinisk praksis vil vises gjennom hvilken kultur og hvilke holdninger som gjør seg gjeldende på den enkelte arbeidsplass. Anerkjennelse av pleiernes behov for veiledning gir sykepleierne mulighet til å holde ut vanskelige situasjoner hos pasientene og deres pårørende. Det virker som ledere generelt er oppmerksomme på det etiske ansvaret de har for sykepleierne. Den etiske forpliktelsen viser seg på mange områder, blant annet som tilrettelegger for et godt arbeidsmiljø og for den enkelte pleiers velbefinnende (Aitamaa, Leino-Kipli, Iltanen, & Suhonen, 2015; Honkavuo og Lindstrøm, 2014).

Det er en lederoppgave å tilrettelegge for etisk refleksjon og bygging av etisk kompetanse, og det krever mer av lederen enn det å bare organisere og administrere. Her trekkes det også frem hvordan lederen er rollemodell og skal gå foran ved å synliggjøre etisk refleksjon og sørge for at etikk er på ”dagsorden” (Aitamaa et al., 2015; Edmonson, 2010; Eide og Aadland, 2012). Det krever bevisst praktisk tilrettelegging av lederen dersom refleksjonen skal bidra til å være en refleksiv dialog istedenfor en vanlig samtale. En refleksjon som skal gi etisk lærdom vil ikke kunne finne sted dersom det ikke er gitt tilstrekkelig tid til å kunne gå i dybden av problemet (Tønnessen, Lillemoen & Gjerberg, 2016). Lederen skal involvere sykepleierne i hvordan de bør håndtere etiske dilemmaer, slik at de kan påvirke og engasjere seg i etisk yrkespraksis (Honkavuo og Lindstrøm, 2014; Makaroff, Storch, Pauly, & Newton, 2014; Zydziunaite og Suominen, 2014).

To studier gjort på 15 sykehus i Slovenia fra 2010-2011 av Kvas og Seljak (2013) viser hvordan sykepleieledere og sykepleierne som utøvde pleie på disse sykehusene, har ulik tilnærming til etikk i sykepleieprofesjonen. De viser også til diskrepans i hvordan de ulike lederne ikke bare har en delvis manglende og utilstrekkelig kommunikasjon til sine ansatte, men også seg imellom. Det kan også være en sammenheng mellom manglende kunnskap om virkemidler for å løse etiske problemstillinger og evnen til å gjøre det samme. Manglende verbal kommunikasjon om etikk kan gi dårlig grobunn for etisk vekst blant sykepleiere og leger (Slettebø et al., 2010).

Sykepleieledere vil oppleve et krav om lojalitet mot flere enn det de yrkesetiske retningslinjer tilsier. De vil i tillegg ha et større overordnet ansvar (Ganz et al., 2015). Den erfaring og kunnskap lederen besitter anses som viktig for at sykepleierne skal mestre etiske dilemmaer på jobb. Sykepleielederen skal være en inspirasjon og forbilde for etikk og moral for sykepleierne de leder (Honkavou og Lindstrøm, 2014; Makaroff et al., 2014).

I denne artikkelen mener artikkelforfatterne at sykepleieledere har det spesielt vanskelig når de skal håndtere etiske dilemmaer. Man mener at de ikke kan handle i henhold til egne verdier og normer, og at dette skaper spenning mellom sykepleieledernes personlighet, organisasjonen, pasientene og andre aktører i sykepleieledernes verden. Sykepleieledere må være bevisst sin lederfunksjon og rolle fordi den enkeltes leders stil vil kunne være avgjørende for hvordan sykepleierne håndterer vanskelige situasjoner. Som leder må hun også kunne avgjøre i etiske dilemmaer. Dersom dette ansvaret flyttes over på sykepleierne alene,

vil det kunne føre til at sykepleierne opplever emosjonell stress (Zydzianaite og Suominen, 2014).

En systematisk oversiktsstudie publisert i 2013 (Poikkeus et al.) viser til at økende kompleksitet i utøvelsen av sykepleie stiller nye og kanskje andre krav til sykepleiere i dagens samfunn. I litteratursammendraget konkluderes det med at det å gi etisk kompetent omsorg, krever at både sykepleiere, sykepleieledere og andre yrkesgrupper som jobber med helsetjenester, sammen reflekterer over egen etikk, men også reflekterer over hvilken etisk tradisjon som gjør seg gjeldende på den enkelte arbeidsplass. Her legges ansvaret på sykepleielederne for å legge til rette for muligheten til refleksjon og ulike møter med etikk som fokus. Man ser også på etisk kompetansebygging som en sum av flere ulike tiltak og tilnærminger. Lederne er da ansvarlig for arbeidsplassens etiske policy og at det er en god etisk praksis som ligger til grunn for rutinene på arbeidsplassen.

En norsk systematisk litteraturgjennomgang sammen med et pilotprosjekt, rapporterte at systematisk etikkarbeid har ført til at de ansatte, familiene og beboerne har fått en økt bevissthet om etiske utfordringer. Dette mener de har forebygget kriser og forbedret kommunikasjon og tillit. Her er det også rapportert en mangel på støtte fra ledelsen for å kunne jobbe for å bedre arbeidsmiljø og kvalitet i kommunehelsetjenesten. Man konkluderer i artikkelen med at etikkarbeidet må være tverrfaglig, og inkludere alle parter. Det vil si både ufaglærte, leger, pasienter og pårørende i tillegg til pleierne. Utfordringene som ligger i krevende og komplekse etiske dilemmaer og problemstillinger i sykehjem og hjemmetjenester, gjør at alle ansatte ønsker hjelp til å mestre dette (Bollig, Pedersen, & Førde, 2009).

Leders forventning til bruk av SER

Ledere generelt mener SER bidrar til sykepleiernes kliniske funksjon, og også fører til lavere sykefravær. Lederne opplevde at SER bidro til å lage en arena for andre måter å kommunisere på. En åpen, utforskende kommunikasjonsform hvor man i hovedsak ikke tilrettela for å gjøre avgjørelser. Man er dog enig om at prosessen rundt dette er det viktigste, og ikke at det skal foreligge umiddelbare målbare resultater. De fleste lederne her måtte finne en annen måte å forholde seg til SER på siden disse møtene ikke kan sammenlignes med noen av de andre møtene de deltar i. Dette virket å være uproblematisk for de fleste, det var en mer kompleks problemstilling om de faktisk skulle delta i SER-gruppene. Enkelte anså at det ikke var mulig

på grunn av den hierarkiske rollen de hadde som leder, mens andre igjen anså dette som en arena hvor man kunne bygge gjensidig respekt og innføre en god etisk praksis. SER bidrar til at sykepleierne ansvarliggjøres til å løse etiske dilemmaer på egen hånd (Weidema, Molewijk, Kamsteeg, & Widdershoven, 2015).

Bruk av systematisk etisk refleksjonsgrupper gir de ansatte en plattform hvor de kan kommunisere på en annen måte. En åpen og utforskende kommunikasjonsform i arbeidshverdagen som kan gjøre at små problemer ikke vokser seg store men finner en avklaring og løsning. MCD er en prosess hvor det er selve prosessen som er viktig og ikke at det finnes en løsning på problemet der og da (Weidema et al., 2015). Det er også medvirkende til at de ansatte klarer å se hva som er deres egentlige ansvarsområde, og bidrar til at de ansatte ikke involverer seg på en slik måte at det fører til stress og dårlig samvittighet (Weidema et al., 2013).

Sykepleielederens ansvar er å ha omsorg for den individuelle arbeidstaker på en rettferdig og omsorgsfull måte når pleieren er syk eller har problemer samtidig som de har ansvar for hele sykepleiestaben som igjen har som mål å gi pasienten best mulig pleie og omsorg (Toren og Wagner, 2010). Det er nødvendig med etisk støtte og etisk relaterte verktøy for å forbygge sykefravær og for å hjelpe sykepleierne å kunne stå i jobben sin (Aitamaa et al., 2015). En viktig del av sykepleierens arbeid består i å gjøre prioriteringer i hverdagen. Slik kommer hun ofte opp i etiske dilemmaer (Slettebø et al., 2010).

Weidema et al. (2013) skriver at ledere som hadde vært med i et nederlandsk MCD prosjekt, mener at MCD var et nyttig verktøy som stimulerer til refleksjon og som bidrar til god pleie og god kommunikasjon. De mente at MCD gjør at man stiger ut av komfortsonen og starter med kritisk tenkning over egne holdninger og handlinger. Samtalen må være dyp og reflektert før man kunne si at MCD møtet var bra og nyttig. Derimot kunne ikke noen ledere sette fingeren på akkurat *hvilke* faktorer som bidrar til at kvaliteten på møtet ble bra. Lederne hadde også delte oppfatninger av hvilken betydning det har at de deltar på MCD-møtene. Noen ledere mente at det hemmet de andre medlemmene at lederen var med, og at møtet da ikke ble bra. Andre ledere igjen mente at det er viktig at de er med på møtene, da det bidrar til en bedre kommunikasjon med pleierne og skaper et inkluderende og likeverdig miljø. Samtlige ledere var bevisste sin lederposisjon, og hadde gjort seg tanker om deltakelsen i MCD.

2.2.1 Etisk kompetanse

Det er et behov for å ytterligere styrke sykepleielederens etiske utdanning, utøvelse og rutiner for hvordan håndtere vanskelige kliniske situasjoner i sykepleiesammenheng (Honkavuo og Lindstrøm, 2014). Sykepleielederens rolle for å sikre høy etisk kompetanse i utførelsen av sykepleie, er viktig både under ansettelser av sykepleiere og gjennom den kontinuerlige veiledningen etterpå (Bondas, 2010). Sykepleielederens egen erfaring i etikk har betydning for hvordan hun er med på å bidra til å utvikle den enkelte sykepleiers etiske kompetanse (Tønnessen et al., 2016).

Det viser seg at ledere med mastergrad har en tendens til å være mer aktiv i å gi støtte til sykepleiernes etiske kompetanse enn ledere med kun sykepleieutdanning. Sykepleieledere bør ha noen form for utdanning innen etikk, være involvert i utdanningsprosessen, tilrettelegge og gi feedback på etisk oppførsel. De skal også fremheve viktigheten av å lære seg hvordan håndtere moralske dilemmaer. Pleieren må kunne vite noe om sykepleieverdier, etiske koder, lover og regler ut fra et sykepleiefaglig ståsted. Etisk utdanning blant ledere er nødvendig fordi etisk kunnskap er grunnleggende for sykepleiefaglig kompetanse. Denne kompetansen involverer pasientsikkerhet og sykepleie som bidrag til å fremme helse (Poikkeus, Leino-Kilpi, & Katajisto, 2014).

Kontinuerlig utdanning i etikk og bruk av verktøy som har med etiske dilemmaer å gjøre vil kunne gjøre sykepleielederen bedre i sin jobb. Hun vil kunne redusere risikoen for det moralske stress som oppstår når lederen finner sykepleieverdier utfordret av verdier av organisatorisk art (Edmonson, 2010). Den beste måten å øke sin kompetanse på håndtering av etiske dilemmaer er sannsynligvis ved å reflektere sammen med andre over reelle vanskelige situasjoner (Eide og Aadland, 2012).

Eide og Aadland (2012) sier i innledningen til sin etikkhåndbok at det ikke nødvendigvis bare er en eneste enkel tilnærming som er løsningen på en god etisk kompetanse, men at det kan være nyttig å bruke flere metoder og også bytte på de. Yrkesetikk og organisasjonsetikk er viktige sammen for en god praksis, men på ulike måter. De trekker også frem bruken av etisk refleksjon etter vanskelige situasjoner som spesielt viktig for å bygge etisk kompetanse.

2.2.2 Etisk språk

Den etiske visjonen, målene og de verdier organisasjonen ønsker å stå for må være tydelig og nedskrevet. Det må være et språk som er synlig og som viser at det pasienter, sykepleiere og ledere tenker er viktig (Edmonson, 2010; Makaroff et al., 2014). Sykepleieledere som ikke har et slikt synlig og nedskrevet etisk språk fra organisasjonen vil ikke begynne å bruke det av seg selv, selv om de angir etikken som selve grunnlaget for sykepleie. På arbeidsplasser hvor det etiske språket mangler, vil lederen velge å ikke bruke et etisk språk men allikevel ha en etisk praksis hvor etikken ikke er synlig i hverdagen. Mangelen på bruk av etiske ord og et språk som er tuftet på etikk, viser ikke om sykepleielederen støtter det etiske arbeidet i avdelingen og praktiserer et etisk lederskap. Et slikt miljø kan i verste fall føre til at sykepleielederen tenker at etikk ikke er en viktig del av deres rolle som leder (Makaroff et al., 2014).

Hvordan en person velger å ordlegge seg for å beskrive en situasjon, vil på lang vei også vise hvilke løsningsalternativer som fremstår til slutt. Valget av ord viser også hvordan man forstår situasjonen, og om det brukes et etisk perspektiv. Ved å bruke verdiladete ord og uttrykk blir et moralsk problem synlig som en etisk problemstilling. Når det etiske språket implementeres i faglige diskusjoner og problemstillinger, legges det til rette for en annen forståelse og andre handlingsalternativer. Resultatet blir da at etikk fremstår som en selvfølgelig og naturlig del av løsningen (Eide og Aadland, 2012).

Bruk av systematiske etiske refleksjonsgrupper gir de ansatte en plattform hvor de kan kommunisere på en annen måte. En åpen og utforskende kommunikasjonsform i arbeidshverdagen kan gjøre at små problemer ikke vokser seg store men finner en avklaring og løsning. MCD er en prosess hvor det er selve prosessen som er viktig og ikke at det finnes en løsning på problemet der og da (Weidema et al., 2015). Det er i samspill og dialog med andre at den etiske bevisstheten utvikles. Å utvikle og finne møteplasser hvor slikt kan finne sted er en viktig del av tilrettelegging for å bygge etisk kompetanse og etisk språk (Eide og Aadland, 2012).

2.2.3 De multidimensjonale hensyn

Sykepleielederen har mange hensyn å vurdere når etiske problemstillinger skal løses. Foruten pasientenes individuelle behov, finnes også behovene til pasienter som en gruppe, til lokalsamfunnet og til andre omgivelser. Veiledning til ledere er mangelfull og gir lite hjelp.

Det finnes ikke noen bestemt etikk-kode for sykepleieledere, kun ICNs etiske retningslinjer som for ledere er svært generell. Dersom det faktisk ikke finnes noen etikk veileder for ledere, bør dette være et tema som blir tatt opp og diskutert. Slike retningslinjer vil kunne hjelpe lederen i en hverdag med mange og vanskelige etiske spørsmål og avgjørelser (Makaroff et al., 2014; Toren og Wagner, 2010).

Å inneha organisatorisk støtte til refleksjon over egen praksis og styrking av etisk kompetanse virker å være mangelfull blant dagens sykepleieledere, noe som kommer til uttrykk i flere forskningsartikler (Aitamaa et al., 2015; Honkavuo og Lindstrøm, 2014; Makaroff et al., 2014). Man vet i dag at lederens nærvær er viktig for både sykepleierens jobbtilfredshet og kvaliteten på sykepleiepraksis. Det påvirker ikke bare pleiere og faglig praksis, i neste omgang vil dette komme pasient, pleiere, arbeidsgivere og organisasjonen til gode. Å styrke etisk lederskap vil spille en stor og vesentlig rolle i bidraget til å ha et godt etisk klima på arbeidsplassen (Aitamaa et al., 2015; Makaroff et al., 2014).

For sykepleieledere vil avgjørelsene de tar være åpne og synlige for vurdering fra arbeidstakere og andre ledere, uten at de nødvendigvis vet hvilke vurderinger som er lagt til grunn. De dilemmaer som ledere møter er sjelden kjent for pleierne. De vil derfor heller ikke kunne bidra med hjelp eller veiledning tilbake. Når man ikke kan forklare bakgrunnen for avgjørelser som blir tatt, kan det være vanskelig å forstå de (Aitamaa et al., 2015; Toren og Wagner, 2010). Derfor blir det ikke jobbet mot ett felles mål hvor etikk er en vesentlig del. Med dette som bakgrunn er det viktig at lederen jobber for å implementere bruk av etisk refleksjon på alle nivåer i organisasjonen. Ved å bruke etiske prinsipper vil lederen bli påminnet om hva som er viktige verdier og kan da bidra til gode etiske vurderinger og et moralsk miljø (Toren og Wagner, 2010).

Sykepleielederens unike rolle som sykepleier og samtidig leder bidrar til at de vil kunne oppleve en større risiko for moralsk nød på grunn av det ekstra ansvar som påligger lederen av en organisasjon. Moralsk nød kan lett følge utøvelsen av sykepleie på grunn av profesjonens natur. Sykepleielederen balanserer i tillegg mellom ulike og til dels motstridende interesser mellom pasienter, familier, leger, ansatte, samfunnet og organisasjonen som sådan. Dette er forventet at lederen skal gjøre samtidig som det moralske miljøet opprettholdes og forvaltes på en etisk måte. Lederen skal både sørge for at det administrative arbeidet har en etisk ramme og at det etableres en etisk kultur blant pleierne og andre ansatte som jobber i

direkte pasientrelatert kontakt (Edmonson, 2010; Ganz, Wagner, & Toren, 2015; Makaroff et al., 2014; Shirey, Ebricht, & Mcdaniel, 2013).

Edmonson (2010) gir i sin artikkel "Moral Courage and the Nurse Leader" også uttrykk for at sykepleielederne må vise moralsk mot og være rollemodeller for sine sykepleiere. De må være villige til gjennom handling å vise støtte for sykepleierne i vanskelige etiske dilemmaer. Sykepleielederen må ha et moralsk fundament som vil kunne gi lederen en base å handle ut fra når politiske og etisk ladete situasjoner oppstår. I dagens komplekse samfunn er dette en av profesjonens største utfordringer.

Sykepleielederen balanserer altså mellom ulike interesser fra pasienter, pårørende, pleiere, leger og organisasjonen i seg selv. De avgjørelser lederen gjør påvirker i flere dimensjoner, og dette stiller krav til lederen om å opprettholde en moralsk miljø (Aitamaa et al., 2015; Edmonson, 2010). Når sykepleieverdier stilles opp mot de organisatoriske verdiene i organisasjonen de er en del av, kan dette bli vanskelig. Sykepleieledere som får videreutdanning innen etikk og etisk refleksjon øker sine muligheter for å trives i jobben sin, og lykkes gjerne fordi de kan håndtere etiske dilemmaer på en god måte (Edmonson, 2010).

Lederen bør utvikle en metode for hvordan hun skal ta vare på seg selv i dette miljøet. Håndtering av stress er en viktig del av hverdagen og krever at lederen har gode strategier på hvordan hun skal møte vanskelige situasjoner (Shirey, 2013). Å være i kontakt med seg selv og andre er også en viktig del av hvordan man forebygger moralsk stress. Å finne metoder som bidrar til dette vil kunne hjelpe lederen til å vise moralsk mot og være et forbilde for pleierne som hun leder. Å ha moralsk mot kan forklares med et individs evne og ressurser til å overvinne frykt, og åpent vise hvilke kjerneverdier det står for (Edmonson, 2010; Eide og Aadland, 2012). Sykepleielederen opplever de samme etiske problemstillinger som pleierne, og har behov for etisk veiledning og støtte på lik linje med de øvrige ansatte for å kunne forebygge moralsk stress (Aitamaa et al., 2015). I kontrast til dette mener Ganz et al. (2015) at lederen ikke møter samme moralske dilemmaer som sykepleierne, og at det i hovedsak er administrative problemer som preger deres hverdag.

En metode som er i bruk for å håndtere etisk vanskelige situasjoner er Moral Case Deliberation. Dette er et verktøy i etisk kompetansebygging som krever en annen tilnærming fra lederen enn den som gjøres ved vanlige møter som for eksempel postmøter, daglige

rapportmøter og pleiermøter. Ved bruk av MCD, er møtene bygd opp i form av en reflekterende dialog. Møter som har en slik utforming fungerer ikke som et tiltak som kan krysses av på en liste, nettopp fordi resultatet av MCD ikke er direkte målbart. Når lederne ikke anser dette som et problem, er det fordi de mener at refleksjon er en essensiell profesjonell kompetanse som er nødvendig og viktig på mange plan. Det at alle lederne beskrevet i denne artikkelen ønsket å fortsette med MCD etter at prosjektet de hadde deltatt i var ferdig, bekreftet en generell oppfatning om at dette er viktig (Poikkeus et al., 2014). Det er ikke noen entydig forskning på hvilken sammensetning av gruppene som fungerer best. Det kan se ut til at det er både fordeler og ulemper med å sette sammen gruppene svært heterogent. Den fremste fordelen er at problemstillinger blir belyst fra andre vinkler enn det som ville blitt gjort dersom gruppen var homogent sammensatt med kun samme yrkesgrupper (Van der Dam et al., 2011).

Ved å utvikle et verktøy til bruk i etisk vanskelige situasjoner, utvikler lederen en ekspertise som kan brukes på mange områder og i mange tilfeller. I hovedsak vil lederens verdier og etiske prinsipper være basert på ICNs etiske koder, men som leder er det viktig at fokuset er på de ansatte, det fysiske miljøet og det psykososiale arbeidsmiljøet. Lederens etiske prinsipper bør være integrert fra de internasjonalt anerkjente verdiene: nytte, ikke-skade, rettferdighet og autonomi (Toren & Wagner, 2010).

2.2.4 Oppsummering

Artiklene som bidrar til å danne grunnlaget for drøftingen består av internasjonale artikler fra ulike faglig anerkjente kilder. Siden det ikke finnes mye forskning på SER i Norge, har det vært nødvendig med en bred tilnærming til problemstillingen, hvor artikler som omhandler leder og etisk refleksjon i hovedsak er valgt ut. Tilleggstemaer blant de ulike artiklene er etisk kompetanse, etisk språk, kommunikasjon og psykososialt miljø.

Valg av teori har vært gjort med bakgrunn i studiens problemstilling: ”hvilke erfaringer har sykepleielederen med systematisk etisk refleksjon?”, samt forskningsspørsmålene ”hva er bra med SER?”, ”er det negative erfaringer med SER?” og ”hvilket behov har lederen selv for systematisk etisk refleksjon?”.

Mange av artiklene som det er henvist til er av nyere dato, hvilket betyr at dette er noe det fremdeles forskes på. Lesematrise over disse ligger som vedlegg 1 til oppgaven.

3 Omsorgsteori

Det teoretiske fundamentet spenner seg fra ulike forskningsartikler med ulike metodetilnærming, frem til den mer filosofiske og fenomenologiske. Dette kapitlet tar for seg den mer filosofiske og eksistensialistiske tilnærmingen til sykepleie som fag; sykepleiefilosofi presentert av Kari Martinsen og Katie Eriksson. Deres omsorgsfilosofi har en naturlig og sentral plass i oppgaven. Dette fordi etisk refleksjon som sådan ofte berører eksistensielle verdier og problemstillinger. Som en innledning til Martinsens omsorgsfilosofi vil en artikkel basert på Katie Erikssons karitative omsorgsetikk trekkes frem.

3.1.1 Karitativ omsorgsetikk

”En tenkning blir evident når det får uttrykkes i ord og speiles mot andre. Det som er evident er synliggjort. At noe blir evident og viser seg i tanker, ethos, verdigrunnlag og i handling hører sammen med vilje, tro, forståelse og erfaring.”
(egen oversettelse fra svensk,- Näsman, Lindholm, & Eriksson, 2008 s.52).

Ovenstående sitat er hentet fra en artikkel publisert i tidsskriftet *Vård i Norden* (2008). Studien som publiseres her finner at etisk vekst forutsetter trening i etisk sensitivitet, og at pleieren lærer seg å håndtere angsten som følger med dette. Pleiekulturen er viktig når det gjelder å motvirke likegyldighet og selvsentrering. Pleierne bærer med seg en kultur av grunnleggende verdier, tradisjoner og ritualer som utgjør bærebjelken i pleiekulturen. Studien viser at lederne har en spesielt viktig stilling for å ta vare på kulturen, og for å utvikle en pleiekultur som ivaretar essensen av pleien definert som *caritas*, det vil si medlidenhet, empati, sympati, relasjon og nærvær. Dette må ligge som en grunnleggende holdning fra pleierne, slik at de ikke blir fanget i ytre regler og prinsipper som kan virke mot sin hensikt dersom man ikke har et etisk kompass å styre utfra.

I Sverige er det gjort flere studier med utgangspunkt i karitativ omsorgsetikk, og hvordan sykepleieres etiske tenkning og handling foregår. Begrepet *ethos* dukker opp i forbindelse med Katie Erikssons karitative omsorgsetikk og handler om omsorgens grunnprinsipper. Näsman et al. (2008) sier at *ethos* og etikk er en måte å forholde seg til omsorgen på hvor etisk kunnskap som tankesett, refleksjon og evne til å kunne vurdere ulike alternativer opp mot hverandre fremkommer. Handlingen som viser seg når pleieren forstår og tolker utover

det som er teknisk og begrepsmessig praksis, er mer enn lover, regler og rutiner sier at hun skal. Pleierne kan oppleve et indre hinder mot å handle etisk. Dette er tuftet på en ontologisk etikk som gjør at pleieren føler at det hun gjør aldri er bra nok, fordi det alltid er noe mer som kan gjøres for at pasienten skal ha det bra. Dette fører til at pleieren får dårlig samvittighet. Å fordele tiden sin som pleier rettferdig mellom pasientene oppleves som umulig. Det er heller ikke ønskelig at pasientene skal ha absolutt samme pleie. Den enkelte pasients pleie skal vurderes etter behov.

Videre sier forfatterne at helseutdanningen gir et godt grunnlag for å bygge videre på en etisk identitet. Denne blir bedre og kan trenes opp gjennom erfaringsbasert kunnskap. Etisk vekst forutsetter trening i etisk følsomhet, men også at pleieren lærer seg å håndtere den angst som følger med den økte sensitiviteten. Å vise en slik sårbarhet krever at kollegaer møter og ivaretar hverandres følsomhet når den kommer til uttrykk. Pleierne bærer med seg en omsorgskultur. Denne kulturen har lederen mye ansvar for å bidra til at er tuftet på omsorg for den andre og menneskets iboende verdighet.

Bondas (2010) tar til ordet for karitativ lederskap i sykepleie som innebærer at omsorgen som ytes er basert på den beste kunnskap tilgjengelig. Forholdet mellom sykepleieledere og sykepleiere virker å være fundamentert på gjensidig tillit til å tilrettelegge for pasientens beste. Sykepleieledere som klarer å ivareta denne tilliten og ser forbi teknologi og økonomi, har mulighet til å få et forhold til sine ansatte tuftet på omsorg. Dette vil bekrefte både den enkelte ansatte og den enkelte pasients egenverdi. En etisk holdning basert på systematiske refleksjoner (Bondas bruker her begrepet *clinical supervision*), med fokus på pasient og sykepleie vil kunne forhindre utbrenthet, gi sykepleiefaglig vekst, bedre arbeidsmiljø og bedre pasientomsorg. Hennes studie viser at klinisk oppfølging av sykepleiere hvor refleksjon over sykepleie sammen med kunnskap om omsorg fremmer utøvelsen av god sykepleie.

Eriksson (2010) skriver i sin artikkel ”*Evidence: To See or Not to See*” om sykepleie som en omsorgsvitenskap basert på kjærlighet og omsorg. Vitenskapens inntog i utvikling av sykepleie gjorde at man måtte ta et oppgjør med hva sykepleie var, er og skal være i fremtiden. I utviklingen av sykepleiens ontologiske grunnlag, har Eriksson funnet at kjernen av omsorg og den grunnleggende substans gir seg tilkjenne i tanker, ord, holdninger og handling. Disse elementene påvirker dypt omsorgskulturen. Når vi kjenner på grunnleggende verdier og lever i de, har vi kjernen av omsorg i oss. Forskning og vitenskapelig kunnskap gir

innsikt om en begrenset og fragmentert virkelighetsoppfatning, men disse er ikke i seg selv tilstrekkelig for å forstå dypet av sykepleie og omsorg. Et skille blir gjort mellom ytre og indre revisjon. En ytre revisjon tar for seg å utvikle struktur og organisere, mens den indre revisjonen oppstår med en ny forståelse hvor man innlemmer sannheten. Eriksson sier at en revisjon er viktig når man jobber med ens egen forståelse og fordommer med en målsetning om å se med et våkent sinn og øye den egentlige virkelighet. Dette krever en absolutt tilstedeværelse og vilje til å forstå.

3.1.2 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

3.1.2.1 "Å sanse og forstå"

I sin bok *"Øyet og kallet"* fra 2000 filosoferer Martinsen over hvordan vår grunnholdning mot hverandre kommer til uttrykk gjennom et vennlig vesen og en hjertelig deltagelse. Når grunnholdningen er slik, setter sykepleieren seg i en posisjon hvor hun blir den andres tillit verdig. Å kunne sanse istedenfor å registrere gjør at pleieren unngår å se pasienten som et objekt. Det å bli betegnet som profesjonell betyr ikke at man skal være upersonlig, uengasjert og ufølsom. Sansing og forståelse er utvekslende, og for å kunne forstå den andre og hverandre, må man slippe til følelser. Å ha fagkunnskap bidrar også til at man ikke reduserer den andre til et objekt, men at man ser pasienten som et menneske, samtidig som tekniske fagkunnskaper er integrert. Fagkunnskap gir pleieren mulighet til å se den enkelte pasient og ivaretar dens integritet. I Martinsens verden kalles dette for personorientert profesjonalitet.

Det er mange måter å bruke de inntrykkene man får gjennom sansene på. Martinsen (2000) sier at det å forstå hva man ser og oppfatter er noe som kan trenes opp over tid, og krever at man er oppmerksom. Man kan lære seg å være oppmerksom og tilstede, og la seg våge frem for å rammes av andres erfaringer og inntrykk. Gjennom sansing utvikles en forståelse av at hvert individ er unikt. Man ser det enkelte mennesket og jobber hele tiden mot dets beste. Man identifiserer seg med den andres lidelse og dette utløser et behov for å lindre og gjøre noe for å hjelpe den andre. Sansingen er blitt til et inntrykk. Martinsen avslutter øye-metaforen med å tilkalle det hjertelig deltakende øye, det å se med sansene og møte den andre i tillit.

Synet og hørselen er med på å skape en forståelse og en gjenkjennelse i det som kommer til uttrykk. I sansene sitter også en erfaring som gjør at pleieren tar imot inntrykket. Selv om hørsel og syn ikke gir en umiddelbar gjenkjennelse, er den med på å skape en avstand og et

rom hvor inntrykket får komme frem. Synet er en friere mottaker enn hørselen er. Den gir et større rom for uttrykket å få modne. Hørselen er derimot en lydlig sans som vi underordner oss og hvor vi ikke søker å utvide vår forståelse av de lyder som oppfattes. Synet derimot gir oss et overblikk og en mulighet til å skape avstand slik at vi ikke rammes av et følelseskaos (Martinsen, 2003).

For å kunne forstå er det en forutsetning at der er stillhet. Alle sanser åpnes i stillheten og langsomheten. Vi ser, og vi lytter oppmerksomt i stillheten. Møter som skjer i ro gir den andre mulighet for å våge seg frem. Martinsen (2000, s.63) sier at *etikk er å våge seg frem for å bli imøtekommet eller tatt imot*. Når man skal utlevere seg til hverandre krever det stillhet og ro. Blir den andre tatt imot, vil hun ikke oppleve seg blottstilt. De kulturelle normene kan gi trygghet og rom for livsytringene. Det krever at de bærer i seg skjønnets og etikken samtidig. Åpenheten gir normene eksistensberettigelse og krever oppmerksomhet. Skjønnets utvikles fra disse forutsetningene og kulturen blir en skjønnende kultur med perspektiv og dybde, som igjen gir oss skjønn.

Martinsen (2003) sier at vi mennesker er forbundet med hverandre gjennom det at vi alltid står i relasjoner til hverandre. Denne forbindelsen vi alle har til hverandre gjør at vi også er forpliktet til hverandre. Den etiske fordringen får sitt innhold gjennom hvordan vi i de enkelte og konkrete situasjoner er i relasjon til hverandre. Situasjonene som oppstår i relasjonene våre er både nye og samtidig alltid gjenkjennende. Slik omtaler Martinsen Løgstrups situasjonsetikk. Martinsen betegner med et samlebegrep den moderne omsorgsetikk for *nærhetsetikk*, hvor det personlige møtet og erkjennelsen av at den andre er uerstattelig er viktig. Det er gjennom nærhet at menneskene påvirker hverandre. Kjærlighet og omsorg kan bare leves gjennom relasjoner, og etikken springer ut fra kjærligheten. Når de medfødte etiske livsytringer eller kjærligheten svikter, får vi bruk for normer og moral. Martinsen ser moral og etikk som ett. De leves i de menneskelige relasjoner. Mennesket er født etisk og trenger ikke normer og regler når det lever i spontan livsytring og ser den andres appell om å handle til dens beste. Det er når livsytringene eller kjærligheten er kommet ut for en krise at norm-moralen er nødvendig. Dersom man handler for den andres beste skal ikke regler og normer være nødvendige.

Videre sier Martinsen at det er innholdet i situasjonen vi handler i, og de relasjoner som vi inngår i som skal forklares, og ikke kjærligheten. Moralens retning oppstår fra kjærligheten og

viser retningen mot nestekjærligheten. For å finne ut av vanskelige situasjoner og dilemmaer må vi bruke vår erfaring og dømmekraft. Der hvor situasjonen gjør det vanskelig for kjærligheten å komme frem, er det nødvendig å bruke regler og prinsipper. Disse må brukes med utgangspunkt i og fokus på den enkelte og dens situasjon. Denne norm-moralen peker på hvordan handlingene skulle ha blitt dersom de var betingelsesløst kjærlighet som ikke ble til spontant. Dermed blir de til regler og plikter, etiske kodekser og samfunns skapte normer.

3.1.2.2 "Å binde uttrykket"

Det kan være mange situasjoner som utfordrer pleierens åpenhet og tilstedeværelse for pasienten. Når pasienten møter sykepleieren med sinne, håpløshet og selvmedlidenhet, krever det innsats og konsentrasjon fra pleieren for å kunne ta vare på pasienten slik hun skal. Martinsen (2003, s.149-150) betegner denne mobiliseringen av styrke som sykepleieren da må foreta seg for *å binde inntrykket*. Det er når pleieren føler motvilje mot pasienten at oppmerksomheten må utvides til å omfatte hele pasientens situasjon. På en systematisk måte forsøker sykepleieren å se ulike egenskaper ved personen, for så å kunne forstå pasientens reaksjoner og fremheve de positive sider hos pasienten. I det faglige skjønnet ligger også muligheten for sykepleieren til å ta imot mer enn bare den negative siden hos pasienten. Dette krever at sykepleieren makter å ta imot alle inntrykkene fra pasienten. Dersom hun klarer dette mener Martinsen at de gode sidene vil tre frem og pasienten vil fremmes som et medmenneske. Fordringen om å bli sett blir ivaretatt.

3.1.2.3 "Skam, skyld og samtale"

Martinsen (2012) sier skam er nødvendig å ha i livet for ikke å krenke. Skam kan være krenkelser eller oppstå på grunn av de, og kan ses på flere måter. Den vonde skammen som sykepleieren kan bære på oppstår når hun ikke får utøve sitt faglige skjønn slik hun mener det bør være for pasientens beste. Når sykepleieren bærer en slik vond skam, kan det føre til selvforakt og følelse av utilstrekkelighet, og gi fysisk utslag. Den vonde skammen rammer menneskets identitet og verdighet, og setter sykepleierne i en tilstand hvor hun ikke klarer å bruke det gode faglige skjønnet. Den andre formen for skam gjør at man holder tilbake krenkelser av det levende, og istedenfor beskytter og verner det. Denne positive formen for skam er en livsytring som ivaretar livet og er overordnet vår vilje. Den hindrer oss i å objektivere den andre. Martinsen betegner et skille mellom skyld og skam. Skyld er en konkret handling og knyttet til at en har gjort noe som har ført til at en annen har det dårlig. Man kan gjøre opp for seg og be om unnskyldning. Skam er nærmere knyttet ens identitet og

seg selv, den er også todelt i en positiv skam og en negativ skam. Siden skammen har en diffus fremtreden, er den også skjult fra det offentlige rom.

Samtalen står for seg selv når man er genuint tilstede og åpen. Samtalen kan være med på å gi sykepleieren en høyere etisk bevissthet gjennom ettertanke og refleksjon. Det er en del forutsetninger for samtalen, den kan ikke gro uten betingelser. Vi er sammen om samtalen, og skaper et rom for å dele erfaringer, se noe fra en annens side, finne andre løsninger og løsne knuter av skyld og skam i kroppen. Den gir undring og ny forståelse når partene gjensidig respekterer og har en tilstedeværelse for hverandre. Det faglige skjønnet ligger i bevegelsen mellom forståelse og sansing. De inntrykkene som sykepleieren kjenner på etter arbeidets slutt kan være vonde å kjenne på og gi skyldfølelse. Samtalen kan frigjøre skyld gjennom at sykepleieren får en annen forståelse når situasjonen blir analysert, og åpner for ettertanke. Byrden deles og trenger ikke bæres alene. Samtalen er frigjørende og i fellesskapet kommer en ny forståelse. Skyldfølelsen oppstår hos sykepleieren som et tegn på ansvar for og respekt for den andres sårbarhet. Gjennom samtalen utvikler vi mot til å takle vanskelige situasjoner og lærer å forstå ansvaret ovenfor den andre (Martinsen, 2012).

Den enkelte leder for sykepleierne har et spesielt ansvar for å tilrettelegge og skape gode rom for refleksjon og samtale. Når lederen ser den enkelte pleier som en person hun gir støtte, anerkjennelse og lyttes til, vil pleieren få mulighet til å utfolde seg både personlig og faglig. Det hviler et ansvar på både sykepleielederen og sykepleieren om å jobbe oppover i systemene for at det skapes og opprettholdes et slikt refleksjonsrom slik at sykepleieren kan ta ansvar for omsorgen på en etisk god måte (Martinsen, 2012).

3.1.3 Oppsummering

Summen av de verdier vi som helsearbeidere bør ha med oss, er avgjørende for hvordan vi møter pasienter, pårørende, ansatte og kollegaer. Som sykepleier må den etiske grunnholdningen være basert på omsorg og medmenneskelighet. Når disse verdiene er truet må pleieren finne en måte å håndtere disse følelsene på uten at det skader pasienten på noe vis. Omsorgen og godheten kan også gjøre at pleieren skaper et uoverkommelig krav til seg selv om å gjøre godt. Dette gir pleieren en følelse av å aldri ha gjort tilstrekkelig. En slik skyldfølelse er knyttet til negativt fysisk og psykisk stress. I samtalen kan disse følelsene bli bearbeidet. Det stiller krav til den som er tilstede i samtalen.

4 Metodologi

Kapitlet vil gjøre rede for hvilket valg av metode som er gjort i forskningen og hvordan den metodologiske tilnærmingen er utført. Det vitenskapsteoretiske grunnlaget er forankret i et hermeneutisk-fenomenologisk perspektiv basert på forskningsspørsmålet. Dette blir presentert under forskningsdesignet. Hermeneutisk perspektiv betyr at man innser at man aldri møter verden forutsetningsløs, men alltid vil være under påvirkning eller påvirkes i den. Den siste delen av kapitlet viser hvordan bevisstheten om egen påvirkning gjennom hele forskningsprosessen vil påvirke resultatet, og hva som er gjort for å redusere betydningen av dette. Kapitlet avsluttes med en oversikt over hvilke etiske overveielser som er gjort i forskningsprosessen.

4.1 Forskningsdesign

Valg av metode styres ikke bare av hvilke spørsmål man ønsker å finne svar på. Det styres også i høy grad av praktiske forhold. Tid og ressurser tilgjengelig, tilgang til informanter som kan stille opp dersom man skal gjøre intervju, hvilken forskning er gjort på området tidligere og hvor tilgjengelig resultatene er. Er tidligere forskning empirisk nok, og kan vi stole på resultatene? (Tjora, 2012). I dette kapitlet vil den tilnærming som er gjort for å få frem et transparent og troverdig resultat, bli forklart nærmere. Valget av metode vil først bli forklart, deretter hvordan og hvorfor forskningsintervju er valgt som en del av metoden i prosjektet. Til slutt gjøres det en gjennomgang av hvordan intersubjektivitet er forsøkt opprettholdt gjennom hele studien.

4.1.1 Kvalitativ forskningsmetode

Malterud (2013) sier om kvalitative metoder at de representerer mangfold og nyanse, og kan beskrives ut fra mange ulike perspektiver. Metoden har røtter i fenomenologi og hermeneutikk, og har som mål å finne ut av sosiale og kulturelle fenomener. Hovedvekten ligger på hva den enkelte selv opplever i denne sammenhengen. Tolkningen tar utgangspunkt i tekst i ulik form. Det være seg samtale, observasjon eller annen type skrift. Måten å nærme seg forskningsmaterialet på kan være ulik. Det finnes mange måter å samle inn, organisere og tolke dataene på, og målet er primært å finne forståelse og ikke nødvendigvis forklaring. Valget av metode har stor betydning for at resultatet av forskningen skal være valid og troverdig, og forskerens kunnskap om metoder er viktig.

Jeg har valgt å bruke en kvalitativ tilnærming som svar på min problemstilling. Valg av metode bør reflektere hva man ønsker å finne ut. Hensikten her er å få en dypere forståelse, og forsøke å avdekke hvilke opplevelser den enkelte har og de erfaringer den sitter inne med. Jeg ønsker å vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer og tanker, som sykepleieledere sitter inne med. Valget av kvalitativt intervju som metode for datainnsamling, og innholdsanalyse som metode for å analysere innsamlet datamateriale, følger tradisjonell sykepleieforskning ved kvalitative studier.

4.1.2 Det kvalitative forskningsintervjuet

For å forsøke å forstå verden slik den ser ut fra intervjupersonenes side, er det kvalitative forskningsintervjuet en måte å få frem personenes erfaringer og opplevelser av verden. Intervju er et håndverk og en kunst hvor ferdighetene til intervjueren er avgjørende for kvaliteten på den kunnskap som produseres. Kvale og Brinkmann (2012, s.52) mener videre at et forskningsintervju ikke er å betrakte som en vanlig samtale mellom fordi samtalen ikke er symmetrisk. Den er ikke å regne som en fullstendig åpen og fri dialog mellom to likestilte partnere, og det er alltid en maktforskyvning til fordel for den som intervjuer.

I en god kommunikasjon, hvilket er nødvendig i et intervju,- må det foreligge en felles plattform for forståelse (Thornquist, 2003 s.109). Som beskrevet under egen forskerrolle er forforståelsen og feltekunnskap i dette tilfellet som en felles plattform å regne, med mulige positive og negative påvirkninger på informanter og forskning.

4.1.3 Innholdsanalyse og troverdighet

Vaismoradi, Turunen, & Bondas (2013) mener at innholdsanalyse er et godt metodevalg for nybegynnere i forskning på grunn av metodens tydelige oppbygging som er lett å forstå. Kvaliteten på forskningsresultatet vil være avhengig av forskerens evne til refleksjon og det å kunne se dataene fra ulike perspektiv. Analysing av funn krever nøye utforskning av teksten, og at man følger trinnene i analysearbeidet.

Hovedoppgaven i en kvalitativ innholdsanalyse er å finne biter av tekstinholdet som har noe felles, og deretter organisere dette i tema og om nødvendig undertemaer (Graneheim og Lundman, 2004). Dette er et møysommelig arbeid hvor ingen data skal passe inn i flere

temaer, og hvor alle data som er forbundet med hensikten skal ha være med. Derimot kan det være vanskelig å finne felles ekskluderende temaer når teksten handler om erfaringer, slik tilfellet er i denne oppgaven. Valg av metode for datainnsamling og mengde data som er nødvendig for å finne svar på forskningsspørsmålet vil være med på å avgjøre i hvilken grad forskningen gir beviskraft. Mengden data nødvendig er beroende på dataenes kvalitet, mengde data nødvendig for å svare på spørsmålet, og spørsmålets kompleksitet.

4.2 Egen forskerrolle

4.2.1 Feltekunnskap og forforståelse

Som sykepleier og leder i en og samme stilling, har jeg feltekunnskap på området som jeg har valgt å forske på. Dette visste samtlige informanter om gjennom informasjonsskrivet, og kan ha gitt en åpning til at man snakket friere med en yrkeskollega. På den andre siden kan informasjon som ville hatt betydning for oppgaven blitt holdt tilbake fordi man kanskje trodde enkelte ting var selvfølgelighet. På grunn av dette kan jeg muligens ha gått glipp av informasjon. I all forskning og særdeles i kvalitativ forskning, kommer man tett på informantene som intervjues. I forskningssamtaler om egne erfaringer og tanker, vil informantene kunne utlevere ting om seg selv som er sensitivt for den enkelte. Dette må intervjueren motta med varsomhet og respekt.

På grunn av mitt engasjement i systematisk etisk refleksjon på egen arbeidsplass, hadde jeg også en forforståelse og erfaring med SER som kan ha påvirket hele oppgaven fra intervjusammenheng, transkribering, analyse og konklusjon. Selv om jeg har vært bevisst dette og forsøkt å hele tiden være tilbakeholden med egen erfaring og tanker, vil det sannsynligvis på en eller annen måte ha påvirket prosjektet og resultatet.

4.2.2 Utvalg

Jeg valgte å bruke KS sin internettside, og fant kontaktpersoner fra andre kommuner som hadde deltatt i prosjekter og opplæring i bruk av systematisk etisk refleksjon. Noen informanter hadde ikke deltatt i KS-prosjektene om systematisk etisk refleksjon. Disse ble kontaktet med forespørsel på mail etter at jeg hadde kontaktet andre kontaktpersoner fra Utviklingssenter i en tilfeldig kommune. I tillegg brukte jeg de kontakter jeg hadde privat og i

jobbsammenheng for å få forespørsler ut. Alle forespørsler ble sendt ut på mail sammen med informasjon om prosjektet.

Tilbakemeldingene på forespørslene var ofte ”...*men vi har ikke jobbet med dette på lenge...*”. Dette forsto jeg som at det forelå litt prestasjonsangst som kunne gjøre potensielle informanter urolige og bidra til at de avslo invitasjon til deltagelse i studien. Det kan ha vært en begrensning i selve studien, dersom de som kan mest og føler seg tryggest på SER er de samme som takker ja til å delta. Tydeliggjøring av hensikten med studien gjorde at ingen av de videre forespørslene ble avvist. Informantene var enhetsledere, avdelingssykepleiere, fagutviklingssykepleier og avdelingsvernepleier. Alle var ansvarlig for sine respektive avdelingers etiske arbeid, hvilket var et viktig kriterium.

Lederne var både fra hjemmetjeneste og ulike avdelinger i sykehjem. De representerte blant annet demensavdeling, korttidsavdeling, somatisk sykehjemsavdeling og boligfellesskap med psykisk syke. Flere av informantene var fra samme enhet, men ingen jobbet i samme avdeling. Kjønnfordelingen var tilfeldig fordelt på syv kvinner og tre menn, fordelt i alder 30-61 år. Informantene hadde svært ulik erfaringsbakgrunn. Noen hadde jobbet årevis som leder, mens andre igjen var relativt ny i lederrollen. Samtlige hadde sykepleierutdanning i bunn foruten en informant som var vernepleier. En del av lederne hadde opptil flere videreutdanninger i tillegg til sykepleierutdanningen.

Tabell 2

Informantoversikt

TABELL MED OVERSIKT OVER INFORMANTENE							
INTERVJU	KJØNN	ALDER ÅR	LEDER FOR FLERE AVDELINGER	LEDER FOR EN AVDELING	INSTITUSJON	HJEMME- TJENESTE	ÅR SOM LEDER
A	M	51	X		X		10
B		K	53	X		X	23
C		K	38		X	X	1
D	M	43	X		X		10
E		K	61		X	X	17
F	M	30		X	X		1,5
G		K	41		X	X	1,5
H		K	49		X	X	15
I		K	50	Fagutvikler i 2 år, hele enheten.		X	

Både små og store kommuner er representert, i tillegg til små og store byer. Ifølge Tjora (2012), vil det være behov for minimum 15 dybdeintervju for å kunne gjøre forskning som skal kunne publiseres i en forskningstidsskrift. En masteroppgave vil kreve 8-15 intervjuer. Dette antallet vil kunne variere etter hvor mye av teksten som kan bidra til at problemstillingen blir belyst. Altså kan det være tilstrekkelig med 4-7 for å få tilfredsstillende materiale, mens det vanlige i kvalitative studier er 10-25 intervjuer. (Malterud, 2013 s.60). Utvalget i dette studiet endte med ni informanter, og datainnsamlingen føltes tilstrekkelig og rikholdig nok til å kunne finne svar på problemstillingen etter disse intervjuene.

Et annet begrep som brukes internasjonalt om metning, og det å vite når man har tilstrekkelig forskningsdata, er *saturasjon*. Bruk av saturasjon er blitt sett på som et kvalitetsstempel i kvalitativ forskning. O'Reilly og Parker (2012) påpeker at saturasjon virker å ha blitt "gullstandarden" for hvordan man vurderer det innsamlede materialet under ett. Saturasjon har flere betydninger og begrenset åpenhet, noe som gjør at dette allikevel ikke er den eneste måten man bør måle kvaliteten på kvalitativ forskning. Dette nettopp fordi kvalitativ forskning er så mangfoldig og ulik. Selv om utvalget her er relativt lite (n=9), viste det seg

raskt at det var flere temaer som dukket opp ganske tidlig i analyseprosessen. Disse gjentok seg i de fleste intervjuer. Imidlertid ville nok flere intervjuer gitt et utvidet materiale og større overførbarhet til praksis.

Under de første intervjuene forsøkte jeg å la informantene snakke så mye som mulig uten at jeg skulle styre eller lede for mye. Dette slo nok litt tilbake på meg, da disse intervjuene ble svært lange, faktisk som dybdeintervju å regne. Disse intervjuene brakte også mest data, og det er tydelig at kvalitet er å foretrekke fremfor kvantitet når jeg leter etter svar på spørsmålene mine, slik Malterud (2013 s.60) også antyder. O'Reilly og Parker (2012) sier at det i kvalitativ forskning ikke er mengden forskningsdata som er avgjørende for kvaliteten på forskningen, men derimot dybden av det innsamlede materialet. Spørsmålet er om det fremkommer tydelig nok av forskerens arbeid *hvordan* eller *hvorfor* man mente at den innsamlede datamengden var tilstrekkelig for å belyse forskningsspørsmålet.

4.2.3 Datainnsamling/ transkribering

Opptakene av intervjuene ble gjort med Olympus DS-2500 digital lydopptaker. Intervjuene var delt opp i to perioder med intens arbeid, hvor transkriberingen ble utført umiddelbart etter intervjuene. Samtlige intervju ble detaljert og fullstendig transkribert av kun en person. Nølinger, gjentakelser, dialektord og vansker med å ordlegge seg ble også tatt med. Dette gjorde at jeg fikk god oversikt og lettere kunne gå inn i analysedelen av datainnsamlingen med dataene "under huden". Kvale og Brinkmann (2012) sier at det er opp til den enkelte å vurdere hva som skal velges å tas med under transkribering av intervju. Hensikten med intervjuet bør styre hvor detaljert man velger å transkribere. Stillhet kan også ha en mening.

Ved overføring av tale til tekst vil man kunne miste en del informasjon. Den non-verbale kommunikasjonen vil ikke fremkomme i teksten, og felles bakgrunn vil kunne påvirke samtalen men ikke fremkomme i dataene (Malterud, 2013, s.76.) For å få med den non-verbale delen av intervjuet som ikke fremkommer i teksten, brukte jeg en notatbok hvor jeg skrev ned tanker og observasjoner som kunne ha betydning, umiddelbart etter intervjuet. Det kunne være stemning, blikk-kontakt, omgivelser og andre ting som kunne påvirke data. Under transkribering og analyse var notatene fra intervjuene med og kunne gi et nyansert bilde av intervjuet. Kvale og Brinkmann (2012, s.186), sier også at oversettelsene fra talespråk til

skriftspråk kan forandre uttrykk på veien, det vil være tolkning og fortolkning som gjør at en del av helheten forsvinner.

Min redsel for å påvirke informantene på noe som helst vis, førte nok til at intervjuene ble litt for store og utydelige. Selv om informantene var informert i forkant og hadde fått en intervjuguide, virket enkelte usikker på hva jeg var ute etter. Temaet gjorde det vanskelig å gjøre spørsmålene konkrete, og det førte nok til at enkelte snakket mye og andre igjen veldig lite.

4.3 Analyse

Malterud (2013, s.40) sier at vår forforståelse vil påvirke hvordan vi går frem og hvordan vi tolker analysen etterpå i et kvalitativt forskningsperspektiv. Dersom resultatet ikke gir noen funn, har man kanskje ikke vært tilstrekkelig bevisst den bagasjen man drar med seg inn i forskningen. Det vil alltid være en fare for at man påvirker intervjuobjektene, tolkningen eller resultatet med hvilken oppfatning man selv har om det som blir forsket på. Ved å skifte perspektiv og ståsted gjennom arbeidet vil man kunne minimere en slik risiko. Malterud kaller dette *metaposisjon*, å kunne ta et steg tilbake og betrakte sin forskning og rolle utenfra.

Malterud (2013) bruker begrepet *systematisk tekstkondensering* og stiller opp en svært oversiktlig fremgangsmåte for analysering av tekst. Prinsippet er *dekontekstualisere* som vil si å løfte ut deler av teksten midlertidig og se på hvordan de ulike delene kan si noe om det samme. Når man har sett på de ulike delene, skal man etterpå *rekontekstualisere* dem i igjen, det vil si sette dem tilbake i den opprinnelige sammenhengen for å se om svarene stemmer med helheten.

Jeg har valgt å bruke denne fremgangsmåten systematisk. Ved å gjøre det slik mener jeg det gav det meg en tekstnær analysering. Jeg skrev ut de transkriberte intervjuene med en god marg på hver side med plass til notater. Intervjuene ble markert alfabetisk, intervju A til intervju I. Deretter leste jeg igjennom alle intervjuene flere ganger for å finne temaer som virket å være gjennomgående.

Jeg endte opp med en hel del mulige temaer. Syv foreløpige temaer kom frem når oppsummeringen av helhetsinntrykket var gjort. Siden intervjuene var semistrukturert var det

ikke overraskende at det var et såpass stort antall, informantene snakket svært fritt over spørsmålene. Noen intervju gav svært mye materiale og andre igjen mindre.

Hvordan gjøre utvalg i materialet og begrunne valgene? Mitt utgangspunkt for tolkningen er sykepleiefaglig. Jeg er, og vil alltid være sykepleier. Med dette som utgangspunkt, er ønsket mitt å bidra med forskning som kan bety noe for sykepleie. Mine ”forskningsbriller” er sykepleiefaglige. En tekstanalyse av innsamlet materiale ville nok hatt en helt annen tilnærming en min, dersom den var utført av for eksempel en politimann eller en lege.

Malterud (2013) sier om de ulike begrepene som brukes i metodelitteraturen at de ikke nødvendigvis betyr det samme hos de ulike forfatterne. For eksempel er bruken av *kategori* ikke likt brukt, og *tema* kan sees brukt både i innholdsanalyse og temaanalyse. Malterud velger her å bruke dette pragmatisk slik de er i bruk til vanlig, og lager fire analysetrinn.

1. Foreløpige temaer
2. Koder som brukes som grunnlag for sortering av meningsbærende enheter
3. Kodegruppene deles inn i subgrupper
4. Kategorier som utvikles gjennom å trekke sammen essensen i de enkelte kodegruppene.

De syv foreløpige temaene som kom frem ved en gjennomlesning av teksten i ”fugleperspektiv” var for mange og omfattende. De områdene som beskrev hvordan lederen subjektivt erfarte etisk refleksjon var i hovedsak relatert til det psykososiale arbeidsmiljøet, faglig stolthet, faglig integritet, ressursprioriteringer, ansatt-omsorg, egen etisk spesialistkompetanse og etisk språk. Ved en gjennomgang av de foreløpige temaene, er det flere temaer som kan slås sammen. I stedet for å revidere temaene, gikk jeg direkte i gang med å finne meningsbærende enheter i teksten. Malterud (2013) anbefaler at man sammen med en annen forsker gjør en revidering av de foreløpige temaene *før* videre analyse. Dette er nok smartere enn hva man først skulle kunne tro, og er noe jeg vil prioritere å gjøre bedre neste gang. Men denne gangen var jeg altså alene om denne prosessen, mest av praktiske årsaker.

De ulike meningsbærende enhetene ble notert i margin på hvert utskrevne transkriberte intervjuark, og tekstene ble lest igjennom mange ganger. Dette resulterte i mange enheter (over 100) som ble systematisert i en egen matrise hvor det i selve teksten ble markert som

merknad med bokstaven tilhørende det enkelte intervju. Den meningsbærende enheten ble nummerert med et eget nummer der hvor den enkelte meningen ble hentet ut for å lett kunne finne tilbake til den når den analyserte teksten til slutt skulle etterprøves mot den opprinnelige. Matrisen ble skrevet ut og her ble det gjort en kondensering og abstrahering av tekstene med bakgrunn i de foreløpige temaene, til kodegrupper. De ulike kodegruppene ble markert med fargekoder inndelt etter tematilhørighet. Dette ble det brukt en del tid på, da det var vanskelig å finne den overførte betydningen som skulle si noe om helheten i det enkelte tema.

Tabell 3

Utdrag av matrise intervju A, før essensen av kodegruppene blir trukket ut til ulike temaer.

Intervju og plassering	Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode
A1	SER-gruppene tok tak i de utfordringer som var i avdelingen	problemløsninger	Psykososiale arbeidsmiljøet
A2	Pleierne måtte læres opp i etisk språk	Annen kommunikasjon når man bruker etisk språk	Etisk språk
A3	Hvilke verdier er viktige? For pasient, pårørende og oss	Alle må være enig i hvilke verdier som er viktige	Etisk grunnlag
A4	Rydde i skapene og se hva som er mulig å oppnå	Identifisere utfordringer og problemer	Psykososialt arbeidsmiljø
A5	Hvilken løsning er best, hva er mulig å oppnå	Jobbe problemrettet	Problemløsning
A6	Det handler om jobbtilfredshet, mye av sykefraværet kan skyldes hvordan vi har det når vi går hjem	Å bli sett og hørt	Psykososialt arbeidsmiljø
A7	Det er de små tingene vi blir borte fra jobb på grunn av	Viktig å se helheten	Psykososialt arbeidsmiljø/ samvittighet
A8	Kunne erkjenne at gjort er godt nok	Arbeidstakeren føler på utilstrekkelighet	Samvittighet
A9	Forventet økt jobbtilfredshet og yrkes stolthet	Føle seg verdsatt	Faglig integritet/ samvittighet
A10	Mener SER var årsak til lavere sykefravær	Lavere sykefravær	Problemløsning/ Samvittighet
A12	Ansvarlige må påminne og drive folk i gang	Krevende å holde SER i gang	Ressurspersoner
A13	Bearbeiding av vanskelige opplevelser har god effekt, fører til avslutning	Behov for debriefing	Samvittighet/ psykososialt arbeidsmiljø
A14	Utfordret verdiene våre	Å vite hva man står for	Egne holdninger og verdier

Utdrag av intervjuetekst med markering av merknad til den enkelte meningsbærende enhet:

A4: Sånn at vi prøver å rydde sånn at når vi har fra å ha hatt en situasjon som er komplisert, fastlåst, uoversiktlig "herregud jeg vet ikke hva jeg skal gjøre?", så ...har vi ryddet litt opp i skapene og sagt at "ok, -skjortene de har vi her, også får vi se "hva er mulig å oppnå?" sånn: gitt alt vi vet nå,- A5:hva er best mulig løsning, hva er minst dårlige løsning i denne situasjonen, denne gangen. –Og var det meningen å komme ut med en sånn type konklusjon? –Og det gjorde vi egentlig ofte.

Kodene ble delt inn i undergrupper, også kalt subgrupper. Deretter ble essensen av disse samlet i ulike kategorier. Jeg har valgt å bruke "tema" som en beskrivelse istedenfor kategori. Etter abstraheringen ender jeg opp med to hovedtema og to subtema. Det ene hovedtemaet var såpass stort at her var det flere mulige subtemaer. Med bakgrunn i forskningsspørsmålet "Hvilke erfaringer har sykepleieledere med systematisk etisk refleksjon?" kom jeg frem til hovedfunnet "Samvittighetsfrigjøring" med subtemaene "Etisk språk" og "Etikkspesialist". Det siste tema ble kalt "Lederrefleksjon".

4.3.1 Kvalitetssikring av oppgaven

Intersubjektivitet

Malterud (2013) sier at når forskeren slipper leseren inn i hvordan forskningsprosessen har foregått, og det er redegjort for fremgangsmåten og betingelsene rundt forskningsprosessen slik at andre kan følge samme vei, da kan forskningen være pålitelig. Dette kaller hun *intersubjektivitet*. I forskningssammenheng brukes det flere ulike begreper som i bunn og grunn betyr det samme. I denne oppgaven brukes de norske begrepene *refleksivitet*, *relevans* og *validitet* for å vise forskningsprosjektets troverdighet. Utvalgte sitater fra informantene brukes også i teksten for å underbygge oppgavens troverdighet. Disse kommer frem under presentasjon av funn. I drøftingen er enkelte intervjusitat tatt med for å forsterke og tydeliggjøre tekstens mening.

Refleksivitet

Refleksivitet handler ifølge Malterud (2013, s.17-20) om forskerens bevissthet og erkjennelse av betydningen av egen handling, holdninger og forkunnskap. Her kommer også begrepet metaposisjon inn, hvor forskeren skal forsøke å belyse forskningen fra ulike ståsteder. Dette

kan være med på å gjøre forskningsresultatet mer troverdig. En kontinuerlig refleksjon over egen forskningsprosess bidrar til at forskningen i størst mulig grad er troverdig. I denne sammenheng er prosjektloggen, eller forskningsdagboken verdifull å gå tilbake i underveis i prosjektet. Denne lærdommen skal ikke nødvendigvis rapporteres i detalj senere.

Prosjektloggen har ikke vist seg å ha noen stor betydning for resultatet av denne oppgaven. Verdien av å føre logg har vært størst som en form for oppsummering og planlegging av videre forskningsinnsats underveis.

Tjora (2012, s.217) sier om refleksivitet at oppgavens troverdighet øker når forskeren viser hvordan hun er påvirket av egne tanker, og hvordan kulturelle og politiske omgivelser kan spille inn og forme tolkningene av forskningsdata. Virkeligheten kan ikke være slik de empiriske data fremstiller den i den direkte oversettelse. Forskeren må forsøke å kjenne igjen hvordan hun påvirker tolkningen.

Så hvordan vite når man har påvirket informanter og forskningen som helhet? Det er mange ulike posisjoner forskeren kan ha og som kan innvirke på forskningen. Berger (2015) trekker frem tre punkter man bør være særlig oppmerksom på:

1. Hvilken tilgang man har til forskningsfeltet, trekker man seg til kollegaer og velger man der det er det lettere å få tilgang til informanter?
2. Hvilken informasjon er det informantene velger å dele?
3. Hvilket syn har forskeren på verden rundt seg, og hvilken bakgrunn har hun med seg. Dette påvirker måten forskeren konstruerer verden på, hvordan hun bruker språket, stiller spørsmål og gjennom hvilken "linse" man filtrerer informasjonen som er samlet inn, og til slutt hvilken mening hun finner i den.

I denne oppgaven var flere informanter i utgangspunktet negativ til å bruke egen tid kun på refleksjon. De mente at dette var noe som ble gjort kontinuerlig og gjennom møtepunktene man hadde i avdelingen i løpet av dagen. I løpet av intervjuet reflekterte de seg frem selv til at dette ikke var bra nok, og at man hadde behov for SER. Hadde intervjuers positive holdning til SER påvirket informantene? Dette er vanskelig å kunne si med sikkerhet, men for å redusere risikoen for dette var spørsmålene til informantene runde og åpne. Intervjuer uttrykte minst mulig egne opplevelser og erfaringer. Allikevel er det mulig at den emosjonelle responsen fra intervjuer ubevisst kom frem under intervjuene, og påvirket informantenes svar.

Validitet og relevans

Malterud (2013, s20-21) sier overførbarhet til praksis av kunnskapen som utvikles i forskningen er et av hovedkriteriene for at forskningen skal ha noen verdi. Dette krever at forskeren er kjent med tidligere forskning på det aktuelle området som forskningen er tenkt utført. Å produsere kunnskap og viten som er kjent fra før, har ingen nytteverdi. Selv om det virker til å ikke ha vært skrevet så mye tidligere om valgt forskningsspørsmål, krever det at jeg søker aktivt etter tidligere forskning på området. Når jeg ikke har funnet det, er det ikke ensbetydende med at det ikke finnes. Kunnskapen produsert i denne studien vil ha overførbarhet til praksis når resultatene formidles videre.

Validitet kan også sees i sammenheng med relevans (Malterud, 2013, kap.17). Er verktøyene som blir brukt riktige? Er fokus rett? Er det en rød tråd gjennom hele forskningsprosessen? Gyldighet som mål gjelder hele prosessen, og betegner alle spørsmål som forskeren skal stille fra spørsmål om problemstillingen er riktig, frem til om funnene gir relevante svar på problemstillingen. Bruk av kvalitativ metode og intervju som redskap for å finne svar på problemstillingen, har gitt svar på forskningsspørsmålet. Analysemetoden gir informantene en stemme, og den sikrer muligheten til å gå tilbake til det opprinnelige intervjuet under hele analyseprosessen, hvilket også ble gjort. Dette er med på å sikre at det er en rød tråd gjennom prosessen, samt empirisk nærhet til informantenes utsagn.

Tjora (2012, s.2016) sier at gyldighet (validitet) betyr at man i praksis vurderer sin forskning opp mot annen forskning, teorier og perspektiver. Gyldigheten baseres på at forskningen har en forankring i annen relevant forskning, og at problemstilling og forskningsspørsmål er den viktigste grunnlaget for valg av metode. Dette presenteres i oppgavens teoridel ved hjelp av ulike forskningsartikler og sykepleieteori, samt i innledningskapitlet.

4.3.2 Forskningsetikk

Forskning på mennesker skal følge egne retningslinjer og prinsipper, så også kvalitativt intervju som er brukt som metode i denne oppgaven. De etiske prinsipper og som gjelder i vitenskapelig forskning er basert på Helsinkideklarasjonen (World medical association- WMA, 2006). Etter en gjennomgang av hvilke krav som utløser søknadsplikt og registreringsplikt, ble det valgt å sende meldeskjema til NSD sammen med prosjektskisse, mal for intervjuguide og forespørsel om deltakelse. Fordi prosjektet ikke berørte pasienter eller

pasientopplysninger, var det ikke nødvendig å søke REK (regional etisk komite) om godkjenning. Prosjektet ble godkjent av NSD før oppstart, med prosjektnummer 38874. Forespørsel om deltakelse og en løst sammensatt intervjuguide ble sendt til informantene god tid i forveien, og samtykkeskjema ble underskrevet ved intervjuets start.

Prosjektet følger NSDs krav til oppbevaring og avpersonifisering av gjenkjennbare personopplysninger. Ingen av informantene hadde merknader eller spørsmål til dette utover hvor lang tid intervjuet ville ta. Intervjuet var satt til ca. en time, men de fleste var avsluttet før det var gått en time. Intervjuene ble utført på informantenes arbeidsplass i arbeidstid, og det ble brukt diktafon for å ta opp samtalen. Dette ble senere transkribert og analysert av intervjuer. De fleste informantene hadde satt av god tid, og virket avslappet og pratet velvillig. Ingen av informantene ønsket å trekke sin deltakelse, selv om det ble informert om muligheten til enhver tid å kunne trekke seg.

4.3.3 Oppsummering av metodologi

Kvalitativ metode gir en tilnærming til å kunne forstå den enkelte informants opplevde virkelighet. Problemstillingen tar utgangspunkt i hvilke erfaringer lederen har vedrørende systematisk etisk refleksjon. Intervjuene ble utført ved hjelp av semistrukturert intervju, med god tidsramme rundt. Den vitenskapsteoretiske bakgrunnen de er drøftet opp mot er det kvalitative forskningsintervju. Denne type intervju har en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. Analyseprosessen blir synliggjort ved å forklare forforståelsen og hvordan det empiriske materialet først blir løftet ut av sammenhengen for å tilslutt bli løftet inn sammen til en helhet. Oppgavens troverdighet ble forklart gjennom å vise hvordan egen forforståelse finner sted. Slik styrkes den vitenskapelige grunnholdningen til empirien. Refleksjoner over egen innvirkning på data og etiske overveielser var presentert til slutt. Summen av informantenes tilkjennegitte erfaringer og det teoretiske bakteppet vil kunne gi svar på oppgavens problemstilling.

5 Funn

Bakteppet for oppgaven er funnene som ble gjort under analysen. Dette er den delen av oppgaven som får frem informantenes egen stemme, og hvor et lite utsnitt av hva ulike lederne har sagt får komme frem, med deres egne ord. Utvalget av informanter er illustrert i tabell 2 i kapittel 4.2.2. Funnene er delt inn i ulike grupper etter hvordan de trådte frem under analysen av datamaterialet. De ni opprinnelige temaer ble redusert etter at det ved nærmere ettersyn var mulig å slå sammen flere. Noen tema handlet om det psykososiale miljøet, og hvordan ressursene i avdelingen burde prioriteres. Disse tema ble etter nøyere ettersyn satt sammen under hovedtemaet ”Samvittighetsfrigjøring”. Tema som omhandlet fysisk tilrettelegging og tidspress ble lagt til side, men er allikevel nevnt som et grunnleggende element for faktisk gjennomføring av SER.

Avdelingslederne ble spurt om hva de mente om SER, og hvilke erfaringer de satt med. Det kom frem mange tanker om arbeidstakerne, det vil si pleierne. De lederne som ble intervjuet viste stor omtanke og omsorg for pleierne, og var bevisst sin egen rolle som forbilde for de holdninger og verdier som gjenspeilte seg blant de ansatte i avdelingen. De sentrale funnene og det som betegnes som hovedtemaer er som et dypdykk i akkurat dette: Omsorgen for pleierne, og ansvaret for fag og fagetikk som avdelingslederne er bevisst på at hviler på dem. I det neste kapittelet vil to hovedfunn bli beskrevet. ”Samvittighetsfrigjøring” blir presentert som hovedtema hvor prioriterings spørsmål og ressursproblematikk inngår. Subtema til dette funnet er ”etikkspesialist” og ”etisk språk”. Det andre hovedtema er kalt ”lederrefleksjon” og omhandler ledernes behov for refleksjon i et eget forum.

5.1 Samvittighetsfrigjøring

Avdelingslederne ønsker å gi pleierne den faglige stoltheten og integriteten de uttrykker behov for gjennom SER. De ser at pleierne vokser og tar mer ansvar, og er tryggere yrkesutøvere i møtet med pasienter, pårørende og kollegaer. Det gir en faglig og personlig vekst hos den enkelte, og gjør at de utøver yrket med trygghet og god samvittighet. Avdelingsleder er allikevel den som pleierne ser opp til og oppsøker ved utfordringer av etisk art. Det forventes at lederen skal vise vei i vanskelige etiske spørsmål. SER-gruppene er en måte å gi denne tryggheten tilbake til pleierne. Avdelingslederen viser vei, ikke alltid ved å være den som veileder i slike grupper, men gjennom å være en rollemodell som er tilstede i avdelingen og hos pleierne når etiske dilemmaer oppstår. Trygge og bevisste pleiere gjør også

arbeidsmiljøet godt. Det psykososiale arbeidsmiljøet er en viktig del av en sammenvevd kultur av holdninger, verdier og fagkunnskap. Hos avdelingslederne gjenspeilet svarene nettopp viktigheten av å se dette i sammenheng.

De lederne som systematisk bruker SER, tar opp temaer i gruppene som har med ressursfordelingen i avdelingen å gjøre, og hvordan man skal møte pårørende som ønsker mer enn det man kan gi. Man ønsker å finne en måte å prioritere ressursene på uten at det går på bekostning av andre pasienters pleie og omsorg. Dette er situasjoner som oppleves vanskelig av pleierne, og som krever at man har en tydelig og god dialog med pårørende.

5.1.1 Åpen kommunikasjon

SER-gruppene gjorde at lederne tok tilbake litt av den nære kontakten med helsepersonellet og fikk bedre innblikk i hva som skjedde ute i avdelingen. De fikk en innsikt i hvordan den enkelte pårørende og pasient opplevdes av pleierne, og ulike problemstillinger som var viktige for den enkelte, men som ikke nødvendigvis hadde noe med pasient eller pårørende å gjøre. Den personlige og faglige veksten var overraskende for enkelte av informantene, men desto større satt pris på. En avdelingsleder opplevde at hun var mer åpen og tilgjengelig for personalet etter å ha vært involvert i SER-gruppene en stund.

Jeg er jo en god erfaring rikere og har lært å reflektere mer selv også. Og kanskje gi rom for at man ser at noen har et behov for å snakke om noe, så er det litt mer der at man er på tilbudssiden istedenfor å tenke at dette kan jo ikke være et problem, også bare stenge porten. Det er noe med at man har respekt for hva det er den andre ser som en utfordring, det er faktisk noe som er reelt for den det gjelder. Jeg kan ikke avgjøre om det er en utfordring eller ikke. Det må vi finne ut av sammen.

Intervju D, mann 51 år.

Avdelingslederne ønsket selv å være tilstede i SER-gruppene. Deltakelsen gjorde at de fikk et overblikk over hva som rørte seg i avdelingen, og kunne ta tak i problemer før de vokste seg for store. Tiden som var satt av til refleksjonsarbeidet ble ansett som såpass god at man fikk med seg detaljer som ellers ville blitt borte. Man fikk et mer komplett bilde over situasjonen og problemet ble belyst fra flere sider. Erfaringen de satt igjen med var en ny ydmykhet for hva den enkelte pleier opplevde som problem, og hvor viktig det er for lederen å ta individuelle hensyn til den enkelte arbeidstaker. En informant betegnet det endog som en aha-opplevelse.

(...)og det tror jeg når du sitter der og skal kjøre den prosessen så har du et stort ansvar, for folk er utrolig sårbare. Selv folk som du ser på som veldig sterke fagpersoner,- de er utrolig sårbare når de bærer på noe de tror på. Og når det de tror på ikke oppleves som veldig bra av andre, så kan det bli vondt.

Intervju B, kvinne 53 år.

Lederne følte de fikk en økt sensitivitet ovenfor de ansattes følelser. Ansvar for pleiernes behov og problemer ble i større grad tydelig. Denne økte sensitiviteten og oppmerksomheten viste seg i økende grad å gjelde hele tiden og ikke kun under SER.

5.1.2 Rettferdig ressursfordeling

Avdelingslederne viser seg å ha stor tiltro til pleiernes egen samvittighet. Faktisk så stor at flere informanter mener det er viktig å hjelpe pleierne til en aksept av at de har gjort så godt de kan slik forholdene er. Det å gå hjem med dårlig samvittighet virker ikke å være en ukjent faktor på de ulike arbeidsplassene, og er også vel kjent for lederne. Dårlig samvittighet fører til moralsk nød, og er knyttet til empati og moral.

Sykepleierne og alle pleierne for så vidt, sier at mange av dem har gått hjem og følt at de ikke har strukket til. Det er viktig å få ryddet litt også slik at det kanskje ikke skal være sånn at vi alltid skal klare alt. At man får en bekreftelse en plass også på at det er greit å....det er ikke alt som lar seg gjennomføre , ikke sant?

Intervju G, kvinne 41 år.

Å forlate arbeidsplassen med en følelse av at man ikke har strukket til og at man har noe ugjort for en pasient, ser lederen gjør noe med den enkelte pleieren. Mange krav fra pårørende og pasienter oppleves som vanskelig å tilfredsstille, selv om pleierne er villige til å strekke seg langt. Kritikkk fra pasienter og pårørende blir tatt personlig av pleierne. Lederne ønsker å bidra til at disse følelsene blir ryddet i og at pleierne kan få en form for avslutning på det som oppleves vanskelig. Lederen identifiserer dette som et problemet og går aktivt inn for å hjelpe pleieren å forløse den dårlige samvittigheten av å ikke ha gjort godt nok. Diskusjonene i SER dreier seg mye om sterke pårørende og hvordan man kan tilfredsstille disse.

Det er veldig mange som har tatt opp problemstillinger knyttet til det å ha sterke pårørende, kontra det å være alene. At vi bruker 70% av vår tid på de som oppleves å ha nettverk rundt seg og faktisk har sterke pårørende, også bruker du så lite på de som er helt alene... Så det er noe som gjør at man kanskje har en tankegang om at alle skal få tilnærmet lik behandling, du skal ikke hoppe når noen sier hopp! At du på en måte planlegger din dag utfra at alle skal få det som er nødvendig. Du er pasientens talsmann, og særlig for de som ikke har noen andre må du være litt i den rollen også. Også er det nå ofte det her med at når man har sterke pårørende, eller pasienter for den saks skyld, så er det ikke alltid at kritikk er noe som er personlig ment, det går på systemet,- men det er jo du som får det! Og da kan det føles som at det er deg selv det er noe feil med.

Intervju D, mann 43 år.

Pleiere som kan resonnerer seg frem til riktige og gode etiske valg på selvstendig grunnlag, virker å være et av målene med SER som flere avdelingsledere ønsker å trekke frem. Når pleierne står i etiske dilemmaer er det viktig at de klarer å se hva som er ”godt nok”, og ikke legge på sine skuldre byrder som ikke har noen positiv funksjon. Å slite med følelse av utilstrekkelighet er belastende i det lange løp, og ender med slitne og frustrerte pleiere. Dette er årsaken til at lederne mener det er viktig for den enkelte pleier å kunne prioritere riktig slik at også de svakeste pasientenes behov blir ivaretatt.

Etisk kompetanse er ikke bygget på en måned eller to. Det er en prosess som betegnes av flere informanter som endringsarbeid over tid. For at pleierne skal kunne ivareta også den svake pasientens interesser krever det trygghet og faglig styrke. Å kunne prioritere slik at den enkelte pasient sikres forsvarlig pleie og omsorg stiller krav til pleierens etiske kompetanse. Uten erfaring og etisk kunnskap om hvilke valg og prioriteringer som er mest riktig å ta, utsettes pleieren for stress og til slutt dårlig samvittighet.

(...)Men det vi trekker ut av det i ettertid er dette med myndiggjorte medarbeidere, og det er jo ett av målene, noe av ønskene med at vi faktisk bruker såpass mye tid og ressurser på etiske refleksjoner. De ser nytteverdien i det, og man ønsker myndiggjorte medarbeidere som....- i fremtiden tror vi ikke at vi får mer eller bedre tid, men vi må lære oss å bruke tiden på en god måte, og det er da en kunst å kunne tenke igjennom ei lita regle som gjør at du står for det du gjør, du tenker over det du gjør, og du reflekterer over det dilemma du står i, og de handlingsalternativene du har. Du må til slutt komme frem til: hva er godt nok i forhold til det valget du må ta når du står der i et dilemma. At man på sikt skal bli mer selvstendig, mer kompetent,- det har vi trukket ut av det, og tenkt på.

Intervju C, kvinne, 38 år.

Å frigjøre pleierne fra dårlig samvittighet gjennom å gi aksept fra lederen om at de har gjort en bra jobb, virker å være viktig for avdelingslederne.

Måten det gjøres på er forholdsvis lik på de ulike arbeidsplassene. Felles er at man i refleksjonsgrupper har en gjennomgang på hva man har gjort som er bra og gir tilbakemelding og bekreftelse på at ”gjort er godt nok”, og at de valg som pleierne har gjort er faglig og etisk riktig. Det å kunne bekrefte pleierne på at de prioriteringer og ressursfordelinger som de gjør i hverdagen hos pasientene er riktige og veilede dersom de er usikre, har god effekt også på det psykososiale arbeidsmiljøet i avdelingene. Dette er noe samtlige ledere gir uttrykk for.

5.1.3 Arbeidsmiljø og sykefravær

Samvittighetsfrigjøringen begrenser seg ikke bare til dårlig samvittighet knyttet til pårørende- og pasientforhold, men også til forholdene mellom de ulike pleierne. Man bruker SER grupper også til å bedre de psykososiale forhold på arbeidsplassen, og relasjonen mellom pleierne. På enkelte arbeidsplasser kan slik systematisk refleksjon være direkte knyttet til lavere sykefravær, slik flere av informantene gav inntrykk av.

Jeg tror mye av sykefraværet handler om hvordan vi har det når vi går hjem. Har jeg det bra når jeg kommer hjem så har jeg lyst å komme tilbake i morgen. Har jeg det IKKE bra når jeg drar hjem, så er det ikke sikkert at jeg har lyst å komme tilbake i morgen. Og, - jeg tror på en måte at om jeg er stolt av den jobben jeg har gjort, og har med meg yrkesstoltheten når jeg går ut, så gjør det noe med både meg og de jeg jobber sammen med.

Intervju A, mann, 51 år.

”Å ryddet i skapene” og ”få ryddet i hodene” er en viktig del av hva avdelingslederne bruker SER til. Å involvere samtlige pleiere til å si noe om hva de tenker og hva som er viktig for den enkelte gir en arena for økt samarbeid og trivsel utenfor SER-gruppene. Tydelige og forståelige regler for kommunikasjon gjorde at alle fikk komme til, og respekten for hverandre økte. Man så at personalet fant en arena hvor man kunne finne løsninger på problemstillinger man opplevde på jobb.

(...)Også tenker jeg at man kanskje unngår denne her refleksjonen som foregår på korridorene, som kan være med å skape misnøye... men at man i fellesskap kan være med å luften det man går rundt og tenker på, og også at man føler at man blir hørt og har en rett til å bli hørt uten at man på en måte blir trukket ned på. For det er det som ofte skjer, at det er noen som tier still fordi at andre mener noe annet.

Intervju G, kvinne, 41 år.

En avdelingsleder brukte SER-gruppene til å systematisk gå igjennom problemstillinger i avdelingen, og opplevde at man fant nye løsninger på gamle problemer. Denne tilnærmingen for å bedre det psykososiale arbeidsmiljøet ble satt i sammenheng med faglig og personlig vekst. Fra pleierne selv ble det gitt tilbakemeldinger som lederne oppfatter som at deltakelsen i SER-gruppene anses som synonymt med det å jobbe med fag og fagutvikling, og å sette pasienten i fokus. Avdelingslederne bruker gruppene i tillegg som en måte å bygge teamfølelse hos pleierne, og for å forebygge konflikter blant pleierne. Selv om det ble oppfattet som tidkrevende for lederen, var dette noe som man anså som viktig.

(...)Jeg føler at de var mer knyttet sammen, og takhøyden var større for å ta opp ting og man så at andre opplevde problemer og noen opplevde jo ting som et så lite problem at det var ikke verd å ta opp, men ingen problemer er for små og ingen for store. Her skal det være rom for alle!

Intervju D, mann 43 år.

Når listen for å kunne ta opp problemer som ble ansett som vanskelige ble satt lavt, førte det til at pleierne følte seg sett og hørt på jobb. Å få hjelp til å forlate jobb uten å ha dårlig samvittighet, gjorde at pleierne følte seg verdsatt. Dette igjen mente en av informantene var grunnleggende årsak til at sykefraværet i avdelingen gikk ned i forbindelse med gjennomføringen av SER-grupper.

5.2 Etikkspesialist

Det viser seg å være vanskelig å holde SER-gruppene i gang over lengre tid. Enkelte av informantene hadde fått god opplæring og kursing og en informant hadde pedagogisk bakgrunn i tillegg til sykepleieutdanning. Andre igjen hadde ingen opplæring på hvordan drive etisk refleksjon systematisk, annet enn praktisk erfaring. Alle er enige i at det å drive systematisk etisk refleksjonsarbeid krever en ildsjel med egen kompetanse på å veilede i etikk. Disse ildsjelene bør ha personlige egenskaper og interesser som gjør at de er egnet til dette arbeidet.

Systematikk og klare rammer gjorde at pleierne tok refleksjonsgruppene på alvor og at de ble gjennomført. Der hvor dette var gjort, hadde også veileder god kompetanse.

Ingen av sykepleierne i de ulike avdelingene ønsket å ha en slik oppgave, selv om de ble tilbydd ulike kurs. Dermed falt oppgaven på avdelingslederen.

(...)Det krevde et ekstra engasjement utover nesten både stilling og stand...ikke sant...det krevde ekstra engasjement (intervju C, kvinne 38 år). Lederne var bevisst at deres rolle kunne påvirke deltakerne i gruppen, og var tydelig på at noen andre burde være veileder enn de selv. Dette var ikke mulig å få til bestandig, og rollen som veileder tilfalt ofte avdelingslederen. Forventningene fra pleierne var at avdelingslederen skulle være den som veiledet i gruppene. Dette ble regnet som en lederoppgave.

For å holde SER-gruppene i gang var det nødvendig med et ekstra engasjement.

Omorganiseringer gis mye skylden for at man ikke klarte å drifte gruppene over lengre tid.

Når kompetansen på etikkveiledning forsvinner, er det ingen andre som kan ta over. Dermed blir det systematiske i etikkarbeidet borte.

Det var jo faktisk slik at rådmannen sa at dette skulle inn i alle virksomheter. Det som gjør at det kanskje ikke helt er blitt sånn er at vår kommune er inne på nytt i en stor omorganiseringsprosess, som rokker litt opp i... og vi blir ikke seende ut og vi er allerede forandret så mye at...ja.....det gjør ting litt vanskeligere. Så det har gjort noe med hvordan vi har klart å holde det gående.

Intervju B, kvinne 53 år.

I tillegg til problemer med kontinuiteten av SER-gruppene, kommer behovet veileder i gruppene har for å kunne trekke seg tilbake og rydde litt i eget hode. Det er viktig å ta vare på de som står oppi alt og skal veilede gruppene. Erfaring og kunnskap utelukker ikke eget behov for debrifing etter en krevende refleksjonsrunde, noe flere informanter påpeker behovet for.

For jeg tenker, altså, hvis jeg skal være en god etikkveileder- det tror jeg faktisk jeg kan være selv om jeg er avdelingsleder, og er vel diskvalifisert i utgangspunktet, så handler det om hvordan du håndterer det også. Du skal ha litt ro før du får inn i den settingen. Også skal du gjerne ha litt mulighet til å reflektere over det som skjer bak det når timen er ferdig. For den som veileder skal også, på en måte tømme hodet sitt etterpå tenker jeg.

Intervju A, mann 51 år.

Veiledningsarbeidet opplevdes som krevende. Både fordi man var ansvarlig for å påminne pleierne om gruppene, og fordi alle i gruppen må inkluderes og ivaretas. Når verdier og holdninger ble satt på prøve, var det viktig at dette ble møtt på en god og omsorgsfull måte.

Som en av informantene sier det: (...)de er så utrolig sårbare når de bærer på noe de tror på (intervju B, kvinne, 51 år). Informantene var bevisst på det ansvar de hadde for å forvalte pleiernes tanker og følelser, og at det stilte krav til genuin tilstedeværelse.

5.3 Etisk språk

Å vite når man har med et etisk dilemma eller problemstilling å gjøre er ikke noe som noen av pleierne gjenkjenner uten videre. Selv om det er en del etikk i utdanningen deres, er det ikke alltid dette er tilstrekkelig for å møte virkeligheten ute blant pasienter og kollegaer. Gjennom helseutdanningen har de fleste utviklet en ryggmargsfølelse for hva som er rett og galt. Å sette ord på det er derimot vanskelig, og virker ikke være noe som kommer med utdanningen. Etisk teori er i utgangspunktet ikke en naturlig del av hverdagen på arbeidsplassen.

(...)det må øves, og det må øves, og det opplever vi og det har vi sett, at det føles vanskelig, det tar tid, for man har ikke vært vant til å jobbe på denne måten. Det er litt nytt når vi plutselig bruker nye ord og begreper, og vi rammer det inn i en form og en ramme. så kan det oppleves som litt farlig.... man blir frontet med egne holdninger, det oppleves som skremmende, og det vi ser da og har tenkt på i ettertid: det tar lang tid å endre egne holdninger, og kanskje tørre å begynne å innrømme "skal jeg tørre å tenke litt annerledes?"

Intervju C, kvinne 38 år.

Ord som verdi, moral og etikk har en tendens til å gjøre at pleierne skygger unna. Det blir for komplisert og krever evne til å vise empati istedenfor sympati. Motstand og vegring mot å delta ble av en avdelingsleder oppfattet som at man ikke ønsket eller var redd for å blottlegge seg for kollegaer. Som en av informantene uttrykker: "Jeg ser det er vanskelig og jeg tror kanskje folk er litt redd også for det høres så skummelt ut med en gang det blir litt sånn etikk over det" (intervju F, mann 30 år). Når det var snakk om å sette refleksjonen inn i en egen ramme, var det en del av pleierne som vegret seg for å delta. De følte ikke behov for en egen refleksjonsgruppe, og lederen oppfattet dette som at pleierne var fornøyd med hverdagen i avdelingen.

(...)jeg tror ikke de i det daglige tenker over at et problem eller noe vanskelig kan være en etisk problemstilling! Det er først når man på en måte snakker litt om det og sier "dette er etisk vanskelig" at de skjønner det.

Intervju F, mann 30 år.

Å bli lært opp i å praktisere et etisk språk handler om å bruke etikk aktivt i hverdagen, og være bevisst at man snakker om verdier og at man ser alle berørte parter i en vanskelig situasjon. Det handler om å vise respekt og gi rom for andre personers meninger og tro. Når man har en felles forståelse av hva som er viktig, er det også lettere for den enkelte å bli hørt og sett.

(...)for det er lett å si at etikk er alt, og ingenting er etikk,- ikke sant? Sånn at jobben vår var på en måte først å klargjøre: hva er etikken? Og grunnet til at vi gjorde det var fordi vi skulle øve på å bruke et etisk språk. Også vedtok vi et etisk språk: Det handler om verdier, hva er ønskelig, hva er viktig for oss? Det er alle de her fine ordene: respekt, toleranse og alt med det her, for å se hvilke verdier det i den enkelte situasjon er som står på spill.

Intervju A, mann 51 år.

Etisk språk innlemmes ikke med en gang blant pleierne på arbeidsplassen selv om man har systematiske etikk-grupper. I avdelinger hvor SER-grupper har vært gjennomført over en viss tid med kompetente veiledere, legger avdelingslederne merke til at pleierne utvikler et etisk språk, og at det brukes i hverdagen. Dette ble relatert direkte til faglig trygghet og integritet.

(...)og det føler jeg liksom at har gjort noe med diskusjonene ellers også, ikke bare i refleksjonsgruppa, men jeg har opplevd at også fagmøtene som har vært, har gjort at folk snakker på en annen måte. Og at man kanskje opplever en annen ydmykhet, kanskje en annen forståelse for ting..... og det synes jeg er utrolig godt å se, og det betyr jo at faget blir ivaretatt på en annen måte, og at brukerne våre får en annen tilnærming og en tryggere verden rett og slett.

Intervju B, kvinne 53 år.

Den økte kunnskapen i kommunikasjon gav pleierne trygghet i arbeidet sitt, noe som også viste seg i andre sammenhenger. Kompetansen som ble bygget gjennom SER-gruppene gjenspeilte seg også i sykepleiemøter, avdelingsmøter, postmøter osv. Å bruke god og respektfull kommunikasjon som et redskap for å kunne si ifra til en kollega dersom man er uenig om noe har vært viktig.

Det er økt interesse hos oss og resten av mine kollegaer, for å tørre å stille spørsmål med hvorfor man handler slik som man gjør. Man tør å spørre litt vanskeligere spørsmål. Det er blitt en mer åpenhet blant både oss ledere og pleierne.

Intervju C, kvinne, 38 år.

Det etiske språket var etter en tid med SER blitt implementert i hverdagen og ble en del av måten man kommuniserte med hverandre på i avdelingen. Det viste seg i ulike møter hvor ansatte deltok og hvordan pleierne samtalte med pasienter og pårørende. Lederen merket seg dette og ser at noe har forandret seg mellom pleierne over tid. Endringsarbeidet har vært en prosess som har tatt tid, spesielt når det gjelder endring av holdninger og kommunikasjonsform blant pleierne.

Avdelingslederne som har erfaring med SER, har utviklet en egen måte å jobbe på som igjen blir lagt merke til av andre avdelingsledere. I møter og ulike fora hvor avdelingsledere fra forskjellige avdelinger og enheter møtes, legges det merke til hvordan SER har påvirket kommunikasjonsformen hos den enkelte leder.

For to uker siden ble jeg forespurt av alle faglederne i boligene rundt om kring, og da kom jeg og fortalte hvordan vi hadde valgt å starte opp og organisere, jeg viste de hvor de kunne hente alt av info, litteratur og gode råd og tips, og jeg opplevde at de var veldig positiv og veldig engasjert.

Intervju C, kvinne 38 år.

Når lederen har vært involvert i prosjekter som har hatt SER på dagsordenen, har hun implementert en lederstil som kan virke gjennomgripende. Lederen fremmer SER i alle fora hvor det er andre ledere tilstede, og nysgjerrigheten blir vekket. De fleste ledere ønsker å ha en grunnleggende etisk base som gjennomsyrrer organisasjonen som de er en del av. De føler at respekten for hverandre, for pasienter, pårørende og for lederen gjør at man kan jobbe ut fra en plattform hvor etikken er grunnleggende i alt av møter med andre mennesker. Det er et ønske fra andre ledere om å også få dette til. Når lederen da kan vise til positive resultater av satsningen på refleksjonsarbeid i de ulike avdelingene, og ser interesse for resultatene utad enheten, er det en ytterligere bekreftelse på at refleksjonsarbeidet som har vært gjort, er nyttig.

5.4 Lederrefleksjon

I en tid hvor administrative oppgaver har tatt stor plass i avdelingsledernes arbeidshverdag, er det vanskelig å holde oversikt over hva som skjer ute i avdelingene og hos pleierne. Når det oppstår etiske problemstillinger forventer pleierne at avdelingslederen kan løse disse, og henvender seg til sin ledere. *Det har i hvert fall for meg vært ei forventning om at jeg skal være som oraklet i Delfi som vet alt ...da kommer du ofte opp i sånne dilemma...* (intervju B,

kvinne 53 år). Å være tilgjengelig som veileder i komplekse etiske spørsmål hele tiden kan være krevende og til dels utmattende. Tilgjengeligheten gjør at det stilles store krav til lederen om å kunne gjøre etisk reflekterte og velbegrunnede valg hurtig og effektivt. En av informantene sier det slik:

(...)men det er akkurat hvis det er tatt en avgjørelse som de kjenner på ikke blir helt rett, som man må finne ut av der og da. Det er da de kommer til meg. Er det flere sykepleiere i avdelingen, så kan de for så vidt diskutere da også, men de ender alltid opp med å spørre meg også. Innlemme meg i den. Jeg tror også at det er fordi jeg er sykepleier, og at de vil ha min vurdering.

Intervju H, kvinne 49 år.

Flere av informantene påpeker at det å holde en god faglig og etisk standard, krever at lederen har en sykepleiefaglig bakgrunn. Kompleksiteten og kravene i dagens helsevesen er av en slik grad at lederen ikke kan fungere som en fullverdig leder uten å ha en god helsefaglig bakgrunn og erfaring. Økonomi og andre administrative oppgaver kan avdelingslederen søke støtte for i organisasjonen, men de etiske problemstillingene og ressursprioriteringene tilknyttet pasientene krever fagkunnskap. For avdelingslederne er det flere dimensjoner som dukker opp når etikk er satt på dagsordenen. I tillegg til håndtering av pårørende og pasienter, har avdelingslederen også ansvar for de ansatte og for å utnytte de økonomiske ressursene på en rettferdig og forsvarlig måte for alle for alle direkte og indirekte berørte.

Det kontinuerende kravet i helsesektoren om å vurdere egen praksis begrenser seg ikke bare til pleierne. Å være rollemodell og "Orakelet i Delfi" gir også et ekstra ansvar. Det er med bakgrunn i sin egen helsefaglige bakgrunn at lederne en unik tilnærming til det multidimensjonale arbeidet som det er å lede en avdeling i dagens helsesektor. Avdelingsledernes eget behov for systematisk etisk refleksjon er ikke like naturlig å snakke om som pleiernes behov. Enkelte informanter uttrykker en åpenbar skuffelse over at det ikke er lagt til rette på arbeidsplassen for at de skal kunne ha en egen form for lederrefleksjon. En av informantene sier:

Vi må jo også reflektere over våre ting og vår hverdag, og vi kan jo ikke dele ting med hvem som helst. Vi er nødt til å holde ting som angår oss internt, imellom oss... Hvis man skal snakke om etisk refleksjon i sykehjem så syns jeg jo faktisk det er DEN biten som er forsømt...det at vi som ledere skal få anledning til å reflektere bare vi!

Intervju E, kvinne 61 år.

Selv om avdelingsledelse handler mye om å ivareta og bidra til de ansattes behov, er det også et klart uttrykt ønske fra avdelingslederne om å kunne få hjelp til å se sin egen handlemåte og håndtering av ulike dilemmaer i en større sammenheng. Hvem skal lede lederen? Svært mange av problemstillingene avdelingslederne erfarer er av en slik art at de kun kan diskuteres med likesinnede, det vil si ledere med erfaring fra helsesektoren.

(...)men for oss som ledere så står vi i ganske mange sånne...ja, det går på ressurser, det går på økonomi, det er mange tøffe valg som skal tas, prioriteringer...sånn at jeg føler kanskje at vi har mange flere sånne problemstillinger som gjelder oss som ledere som vi, ja, godt kunne ha tenkt oss å rydde opp i som gruppe.

Intervju D, mann 43 år.

Som avdelingsleder er det vanskelig å finne et egnet rom for en slik refleksjon over lederpraksis. Selv om det kan være satt på dagsorden fra organisasjonen, føler lederen at de må ta initiativ til og tilrettelegger for dette selv. De føler at de står alene i tøffe og vanskelige beslutninger som griper inn i de ansattes arbeidssituasjon, samt berører pasientenes og deres pårørendes hverdag og påvirker den enkeltes liv.

Det ligger et uttalt ønske om å hjelpe hverandre som ledere i møtet med vanskelige dilemmaer og avgjørelser. Som kollegaer kan lederne utveksle sine tanker og følelser uten å måtte forsvare seg og forklare seg, de blir møtt som likeverdige partnere. De har en felles grunnleggende erfaring for hva som kan oppleves som vanskelig for den enkelte leder. I et eget refleksjonsforum kan de møtes med empati fra de andre lederne, og få veiledning på hva som er et etisk akseptert utkomme. Som en informant påpekte, så er det ikke alt som kan diskuteres og reflekteres om sammen med pleiere og andre ansatte. Den hierarkiske oppbyggingen på arbeidsplassen gjør at lederne ikke føler det naturlig å utlevere seg for ansatte de er satt til å lede. I følge flere informanter utgjør de ulike ansvarsområdene også en barriere for reflektiv dialog i SER.

Det stilles store krav til ledere i helsesektoren i dag, og lederne har ikke en egen og egnet arena for å ta opp og reflektere over vanskelige etiske spørsmål. Foraene de møter i er ofte store og uoversiktlige, og handler om saker utenfor avdelingen. Det er generelle problemstillinger og informasjon som presenteres i disse møtene. De fleste møter som finner sted for avdelingslederne, er møter som omhandler drift og økonomi i en større sammenheng.

Til tider ... så kjenner jeg på et behov for å kunne ha det. For vi har disse møtene som vi har, de er gjerne så store, at det ikke er rom for å begynne å reflektere så voldsomt. Også er det jo det at vi har taushetsplikt, så vi kan ikke legge frem en del saker i de fora vi har hatt. I hvert fall...hovedtema er jo å ha tid til det... at man ikke sitter sånn som man har gjort tidligere, at man sitter å brenner på noe, men så ”nei nå er møtet ferdig om tre minutt, så nå rekker jeg ikke...”.
Det at man har tid, er viktig, for å kunne klare å gjennomføre et ordentlig møte. Det er nå min tanke i hvert fall.
Intervju G, kvinne 41 år.

Hverdagen til avdelingslederen er minst like hektisk som den hos pleierne. I valget av hvilke oppgaver som skal vektlegges og utføres virker det å være vanskelig å prioritere egen refleksjon, det er ikke tradisjon for det blant lederne. Informantene ser til organisasjonsledelsen for å få en form for bekreftelse på at det er akseptert at de fokuserer på egen etisk refleksjon. Det uttrykkes et behov for at den organisatoriske ledelsen ser at den etiske praksis som ligger til grunn for hvordan man jobber i helsevesenet, har behov for å bli ivaretatt på lik linje som økonomiske og administrative spørsmål. De ønsker at det settes på dagsorden fra deres ledere igjen, og føler at det ikke er de selv som skal ta initiativ til møtene. De vil at det settes inn i et system hvor det er tilkjennegitt at de kan reflektere over egen praksis slik også pleierne gjør.

(...)for det har faktisk ikke vært noen refleksjonsgruppe sånn på mitt nivå i hvert fall, og vi har jo egentlig sagt at vi har lyst til det, og vil ha litt mer fast på programmene dette med å følge opp hverandre og den biten.
Intervju B, kvinne 53 år.

Ledelsen av organisasjonen har et større fokus på oppfølgingen av de økonomisk relaterte spørsmål i forbindelse med administrering av avdelingene enn på den etiske praksis som avdelingene styres etter. En kommunal organisasjonsledelse er ofte ekvipert med ansatte som har en økonomisk og administrativ bakgrunn, og som ikke har en helsefaglig erfaring i bunn. Den etisk reflektive tradisjonen i helsefaglig praksis møter her den organisatoriske veggen, og flere ledere føler de sliter med å forklare hvorfor det er viktig for de å ha en egen arena for systematisk etisk refleksjon i en mindre gruppe.

5.4.1 Oppsummering av funn

At alle kan snakke om hva de opplever i møte med pårørende, pasienter og kollegaer, gir bedre fagkompetanse og tryggere pleiere. Det må være en egen arena, rom og tid for dette. Verdier og holdninger kommer frem i lyset og man kan bli enige om hvilke man ønsker på *sin* arbeidsplass.

Det hersker en sterk rettferdighetstanke blant ledene. En forståelse for at det har stor innvirkning på andre hvordan de som ledere prioriterer ressursene i avdelingen. Det påvirker ikke bare de ansatte, men pasienter og pårørende også. Det betyr mye for avdelingslederne at deres bakgrunn som sykepleiere og vernepleiere kan bidra til at pasientene blir ivaretatt på en etisk faglig og god måte. De kjenner på stolthet over faget og et fellesskap med de andre pleierne. Informantene viser til hvordan tilbakemeldinger og observasjoner gjorde at lederen kjente igjen problemstillinger hun selv har følt på kroppen som pleier: skyldfølelse over å ikke strekke til.

Lederne uttrykker også et sterkt ønske om å kunne ha en egen arena for etisk refleksjon sammen med andre ledere. Multidimensjonale hensyn og ressursprioriteringer oppleves som vanskelig å kombinere med gode etiske avgjørelser til enhver tid. Taushetsplikten for den enkelte ansattes problemer bidrar til lederens ønske om å kunne reflektere sammen med andre ledere.

5.5 Drøfting av funn

Denne delen av kapitlet vil knytte relevant teori opp mot hva lederne tenker er viktig med etisk refleksjon. Blant de funn som er gjort, er to hovedtema og to deltema valgt ut til drøfting. De fremstilles med hovedtema ”samvittighetsfrigjøring”, og deltemaene er presentert som: ”etikkspecialist” og ”etisk språk”. Til slutt drøftes det andre hovedtemaet ”lederrefleksjon”, som vil si noe om hva lederne tilkjenner om behovet for egen systematisk etisk refleksjon. Teorien som brukes i drøftingen har utgangspunkt både i fagartikler og sykepleiefilosofi. På denne måten vil diskusjonen ha en bred tilnærming og kunne gi et utfyllende bilde av de funn som er gjort i studien. Det har ikke vært mulig å finne mye litteratur som kan knyttes direkte til Samvittighetsfrigjøring i oppgaven. Dette kan anses som at funnene er gode, beskriver ny kunnskap og ikke har vært beskrevet i større omfang i litteraturen tidligere. Det kan også bety at søk etter teori ikke har vært tilstrekkelig utfyllende.

Uansett vil den brede tilnærmingen som er gjort gjennom Martinsen og Eriksson kunne bidra til et godt bilde av resultatene. Den sykepleiefilosofiske litteraturen er i hovedsak hentet fra Kari Martinsen og Katie Erikssons forskning, begge er ansett som ledende figurer i nordisk sykepleieforskning.

5.6 Samvittighetsfrigjøring

Systematisk etisk refleksjon er en form for samtale og veiledning om etisk vanskelige spørsmål. I utfoldelsen av denne type etisk læring vil avdelingslederens tilnærming viser hvordan hun tar sin oppgave som leder på alvor. Tilrettelegging og veiledning i etisk vanskelige spørsmål er en viktig del av lederens ansvarsområde og er også en del av hennes arbeidsoppgaver (Aitamaa et al., 2015; Edmonson, 2010; Eide og Aadland, 2012). Denne refleksjonssamtalen er en støtte til pleierne, slik at de kan få utvikle seg faglig og personlig.

Å ha et slikt fysisk og psykisk ”rom” er noe alle må bidra til å få til på permanent basis (Bondas, 2010; Martinsen, 2012). Lederne som ble intervjuet var tydelige på at et eget rom, en avsatt tid og et planlagt sted å kunne trekke seg tilbake på, var nødvendig for å kunne reflektere på en slik måte at det bidro til endring hos den enkelte pleier. De praktiske tilretteleggingene var avgjørende for at samtalene kunne finne sted, og ansvaret var vanskelig å delegere. Det førte til at lederne tok ansvar for den praktiske gjennomføringen hver gang fordi det ikke ble gjennomført dersom de ikke gjorde det selv. De gangene lederen ikke var tilstede av ulike grunner, kviet sykepleierne seg for å måtte ta over veiledningen i gruppen og møtet ble ikke gjennomført.

Informantene uttrykker som et mål med å gjennomføre SER at pleierne skal kunne være tryggere i å ta etisk vanskelige beslutninger på egen hånd. Dette innebærer at pleierne tenker igjennom ulike alternativer og forsøker finne ut av hvilke verdier som står på spill for den enkelte på egen hånd. På denne måten vil beslutningsvalget være et resultat av etiske overveielser og refleksjon. Når det beste alternativet er valgt vil pleieren kanskje ikke føle dårlig samvittighet lengre, og Samvittighetsfrigjøringen er utført av pleieren selv. Den faglige veksten oppstår som et resultat av en slik frigjøring og vil komme pasienten til gode. Lederne har mange ulike mål og ønsker for hva som skal være utkommet av SER-gruppene (Weidema et al., 2013). Dette kan se ut til å stemme med hva flere av informantene gir uttrykk for. De har imidlertid et gjennomgående ønske om at pleierne skal få en bedre kommunikasjon- og

samarbeidsform, og bli faglig tryggere i møtet med pasient og pårørende gjennom deltakelse i SER.

5.6.1 Økt sensitivitet og oppmerksomhet

Samtalen i seg selv er den viktigste, mest grunnleggende og bærende faktoren i SER. En av informantene sier også at samtalen må være dyp og stå frem som noe mer enn det å snakke sammen (Poikkeus et al., 2013). Denne typen reflektiv dialog krever tid for å kunne bli dyp nok til å kunne oppfattes som en refleksjon. En slik samtale krever ro og stillhet slik at alle sanser kan åpnes og man kan møte hverandre og lytte til hverandre i dette rommet som blir skapt (Martinsen, 2000; Tønnessen et al., 2016). Alle avdelingsledere er enige i at en slik form for samtale må ha en egen avsatt tid og et eget rom. Både billedlig og filosofisk må dette rommet konstrueres. Det er gjennom samtalen at refleksjonen gir ny forståelse for det som oppleves vanskelig. En av informantene betegner det som en endringsprosess over tid, hvilket viser at lederen forstår at dette er en prosess hvor klare og åpenbare resultater ikke nødvendigvis fremstår umiddelbart (Poikkeus et. al, 2013).

Avdelingslederens ivaretagelse av pleierne i SER-gruppene kommer til uttrykk ved at den personorienterte profesjonalismen (Martinsen, 2000) flyttes fra pleier-pasient til leder-pleier. Fagkunnskap lært inn og brukt i arbeidet som tidligere helsearbeider gjør at pleieren nå blir sett som og møtt som et fullverdig menneske, og ikke bare som arbeidskraft og ansatt. Ledernes holdning er at erfaringer og kunnskap de har samlet som pleiere er helt nødvendig for å kunne være en god leder, og for å kunne forstå hvordan pleierens dårlige samvittighet oppstår. Når lederen viser seg tilgjengelig kommer pleierens dårlige samvittighet til uttrykk, og lederen kan bidra til samvittighetsfrigjøring hos den enkelte pleier.

I SER kan vi bruke Erikssons (2010) ytre og indre revidering sammen for å skape en ny forståelse om grunnleggende menneskelige forhold. Den ytre revidering er SER-gruppens organisering, dens fastsatte rammer. De regler som gjelder for veiledningen, og hvordan deltakerne skal forholde seg til hverandre. Den indre revidering oppstår inne i utfoldelsen av SER-gruppen, hvor målsetningen er å utvikle en ny forståelse som kan hjelpe pleieren og lederen i utøvelsen av yrkene sine. En bevissthet blant deltakerne om hva målet med samtalen er må være på plass. *Man kaller det pinadø refleksjon med en gang man tenker(...)* sier en av informantene. Forutsetningen for at den indre revideringen og den nye forståelsen oppstår, er

at man har en dypere samtale enn det vil være å bare snakke (Poikkeus et.al, 2013). Når samtalen får form som en reflektiv dialog opplever avdelingslederen at pleierne føler seg ivaretatt og sett. Pleierens dårlige samvittigheten blir frigitt ved at alle deltakerne i SER-gruppen gir aksept og anerkjennelse til hverandre. Denne samvittighetsfrigjøringen jobber lederen aktivt for å oppnå i gruppene.

Lederne opplever en ny åpenhet gjennom bruk av tid i forbindelse med etisk refleksjon. De får mulighet til å utforske i dybden og se problemer fra flere sider. Syn og hørsel samarbeider med inntrykket i møtet med den andre og skaper en åpen holdning. Dette gir lederen en ny forståelse som også er med på å fremme personlig vekst hos den enkelte leder. Flere av informantene sier at de opplever å ha en forandret grunnholdning, hvor vennlig fremtoning og en tilstedeværelse for pleieren har gjort at pleieren føler tillit til lederen. Lederen har gjort seg tilgjengelig for pleieren, og møtt henne der hun har behov. Slik har lederen satt seg i en posisjon hvor hun er verdig tilliten fra pleieren (Martinsen, 2000). Å veilede i etiske spørsmål gir altså alle deltakere i gruppen mulighet for personlig vekst og ny forståelse.

Nærhetsetikken (Martinsen, 2003) lever i refleksjonsrommet og fortsetter å leve når refleksjonsgruppen er ferdig. Gjennom nærheten vokser relasjonene, slik Martinsen også påpeker. Når lederen åpner for å ta imot pleierens fordring om å bli sett også etter at refleksjons-gruppen er ferdig, er det et resultat av nærhetsetikk og personorientert profesjonalisme. En bedret relasjon mellom lederen og pleieren gjør det lettere for pleieren å søke hjelp til samvittighetsfrigjøring fra lederen. SER bidrar ifølge lederne til en økt sensitivitet for når en annen opplever noe som følelsesmessig vanskelig.

Kari Martinsens omsorgsfilosofi og hennes tanker om sansing og det å se med hjertets øye faller inn i denne delen av diskusjonen. Disse utsagn settes i sammenheng med hvordan lederen bruker sin menneskelige erfaring og oppmerksomhet i sitt forsøk på å frigjøre pleierne fra dårlig samvittighet. Lederen opplever at kontakten med pleierne blir bedre og på et helt annet nivå enn det de tidligere har hatt. Denne dype kontakten fører til en ny og annen oppfatning av hva pleierne tenker, opplever og forstår. Når deltakerne i SER-gruppene kjenner respekt og tilstedeværelse fra hverandre, opplever man å utvikle en ny forståelse (Martinsen, 2012). Det å forsøke å se i dypet av mennesket, være seg pasient, pårørende, kollega eller ansatt er en grunnleggende holdning og kjerneverdien i omsorgskulturen vår. Under tiden SER ble brukt aktivt oppdaget lederne at de hadde fjernet seg fra de ansatte, og at

de hadde mistet den nære kontakten de tidligere hadde hatt med pleierne. Når lederen ikke er tilstede og tilgjengelig kan hun heller ikke se pleiernes behov.

De er så sårbare når de bærer på noe... sier en av avdelingssykepleierne som ble intervjuet. Å vise sårbarhet krever også at den blir ivaretatt når den kommer til uttrykk (Näsman, et al., 2008). Lederne ser den enkelte pleier gjennom SER, individet trer frem. De erverver en ny innsikt og forståelse. Pleieren har en forventning om at hun kan vise sin sårbarhet og sine behov uten at dette blir misbrukt. Hun får legge frem sitt problem og er ikke lengre alene om å bære på sin skyldfølelse. Lederen bidrar slik til samvittighetsfrigjøring.

5.6.2 Rettferdig ressursfordeling og prioritering

Behovet for samvittighetsfrigjøring oppstår i hovedsak fordi pleieren opplever det som uutholdelig å stå i et prioriteringsdilemma mellom de enkelte pasientenes behov og ønsker. Lederne forsøker gjennom SER å belyse og identifisere de behov som er viktigst for pasienten å få ivaretatt. På denne måten kan pleieren akseptere at det hun gjør er godt nok. Å løfte dilemmaet opp på ett høyere nivå gjør at pleierne lettere kan se hva som er rett å gjøre i den enkelte situasjon, og hva som egentlig er den enkeltes ansvar. Det er også med på å gjøre det slik at den pasienten med størst behov og ikke størst krav er ivaretatt på lik linje med alle de andre (Weidema et al., 2013). I denne sammenheng gir informantene uttrykk for at ivaretagelsen av den ”svake” pasienten er prioritert, og at de er oppmerksom på denne problemstillingen.

Den åpne kommunikasjonsformen som ble brukt under SER gjorde at lederne kunne gjenkjenne pleierens behov for samvittighetsfrigjøring. For pleieren handlet det om å tilfredsstille pasient og pårørendes alle nødvendigheter. Et grunnleggende behov for anerkjennelse for å gjøre den andre godt. Når pleieren ikke klarer å tilfredsstille alle krav, ønsker og behov, føler hun seg mislykket og redd. En grunnleggende verdi for pleieren er å ivareta pasienten gjennom å vise omsorg. For lederen å gjenkjenne dette, krever det at hun har samme grunnleggende verdier som pleieren. Det har hun fått gjennom sin tidligere erfaring som pleier. Lederen kan kjenne på de grunnleggende eksistensielle verdier og søke forstå de, slik Eriksson (2010) også sier det.

Flere av informantene opplever at pleierne gir tilbakemeldinger om erfaringer med dårlig samvittighet over å ikke strekke til hos pasientene. Det ubehag som pleieren føler viser seg manifestert gjennom dårlig samvittighet. Martinsen (2012) sier at ansvaret og respekten for den andres sårbarhet gjør et inntrykk på pleieren som merkes på kroppen når det blir for mye. En fysisk reaksjon på en opplevelse av å ikke strekke til oppstår i kjølvannet av møtet. Pleieren vil da gå hjem fra jobb med dårlig samvittighet. Det utløser en etisk fordring hos lederen, en bønn om å frigjøre, om å hjelpes, om å få føle seg bedre med seg selv. Denne fordringen møter avdelingslederens grunnleggende erfaring. Lederen har gjennom sin bakgrunn som pleier verdier som innebærer å hjelpe, lindre, beskytte og ta vare på den andre. Hun tar imot den fordringen som pleieren åpent viser, og dette utløser et ønske om å hjelpe til å frigjøre henne fra dårlig samvittighet.

På samme måte kan lederen identifisere seg med pleierens ubehag, og forstå det ubehag som pleieren bærer på. Når hele kroppens sanser brukes og lederen tar imot det som står på spill for pleieren, ser lederen pleierens behov (Martinsen, 2000). Det er et styrkeforhold mellom lederen og pleieren hvor lederen har makt gjennom denne relasjonen. Det at lederen er den ”sterke” stiller et krav til henne om å ta imot appellen fra pleieren. Lederen har makt til å støtte eller felle når pleieren åpner seg for henne. Selv om det er en gruppe med flere personer som deltar i SER, er det lederen som har makten i forholdet. Å vise sin skyldfølelse krever mot fra pleieren sin side og en tillit til lederen. SER ble ansett som en arena hvor nettopp tillit og gjensidig respekt ble forventet fra alle deltakerne.

Avdelingslederne ser denne skyldfølelse som pleieren legger frem, og forsøker å løse det opp gjennom å bruke refleksjon som en metode for å belyse problemet fra flere sider. Det hjelper pleieren å se hva som egentlig er hennes ansvar, og setter perspektiv på det ansvaret hun legger på seg selv (Weidema et al., 2013). Dersom man må handle mot sine egne verdier og moralske oppfatning, opptrer en spenning hos den enkelte pleier som er psykisk nedbrytende (Zydzianaite og Suominen, 2014). Martinsen (2000) sier at når sykepleieren ikke får bruke sitt skjønn til det beste for pasienten, oppstår en vond skam hos henne. Dette kan direkte henledes til de lederne som oppfattet en større arbeidsnærver hos pleierne når de systematisk brukte refleksjonsgrupper. Sykefravær som skyldtes jobbrelaterte forhold ble ikke så fremtredende lengre. Problemer som ikke var direkte relatert til pasienter viste seg også viktige å løse og å kunne reflektere over. Lederen må hjelpe pleierne i etisk vanskelige situasjoner slik at de ikke står alene, og slik at de slipper ansvaret i etiske dilemmaer (Zydzianaite og Suominen, 2014).

5.6.3 SER gir bedre psykososialt arbeidsmiljø

I følge flere ledere var det å sette i gang en prosess hvor alle følte seg ivaretatt og sett like viktig som å løse pasientrelaterte problemer. Det var med på å løse og forebygge konflikter og bidro til å holde et faglig fokus (Aitamaa et al., 2015; Honkavuo og Lindstrøm, 2014; Weidema et al., 2013). *Det er tøffe jobber vi står i. Vi står tett på folk, tett på hverandre. Refleksjon gjør at du får bearbeidet det du har opplevd, det du har sagt høyt det har du gått igjennom en gang til. Da har du startet på en bearbeiding...* (intervju A, mann 51 år). Når leder og personal jobber tett sammen, er det lettere å legge merke til hvordan kollega og ansatt har det. På den måten kan lederen også ta tak i problemer før de vokser seg store.

Pleiere som føler seg sett og forstått vil føle seg trygg på arbeidsplassen og tryggere i arbeidet med pasient og pårørende (Bollig, et al., 2009). Målet med SER var for enkelte ledere å få pleierne trygge nok til å kunne ta egne avgjørelser i etiske dilemmaer. Imidlertid er forskning på området tydelig på at pleierne allikevel har et behov for en tydelig og tilstedeværende leder som de kan spørre og få støtte hos til enhver tid. ”Oraklet i Delfi” er nødvendig uansett hvor godt trent personalet er i etiske spørsmål (Zydzianaite og Suominen, 2014), slik også flere av informantene opplevde det.

Det handler altså også om det psykososiale arbeidsmiljøet og de sammensatte forhold som gjør at man trives på jobb. Det psykososiale arbeidsmiljøet er viktig og setter mennesket i fokus. Det handler om pleiernes forhold til arbeidet, hvordan arbeidet påvirker pleierne og hvordan pleiernes tilknytning til hverandre er på jobben (Toren og Wagner, 2010). Den enkelte pasienten og dens pårørende vil i tillegg alltid påvirke de psykososiale forhold blant pleierne. Konflikter kunne gjerne ha bakgrunn i hvordan man møter pårørende og hvilken behandling pasientene skulle ha. En form for kollektiv og gjensidig deling av ansvar og skyld åpner seg i dette, og for pleierne var det å delta i SER ensbetydende med å jobbe med faget. Etter vanskelige situasjoner hadde refleksjonsmøtene godt resultat i å få en kollektiv avslutning på følelsesmessig vanskelige opplevelser i avdelingen (Eide og Aadland, 2012).

Pleieren er ikke alene med skylden og skammen, den deles med deltagerne i SER-gruppen. Avdelingslederen og fellesskapet frigjør pleieren fra byrden. Her er det viktig å forstå skam slik som beskrevet av Kari Martinsen, hvor skam kan være en vond skam eller en god form for skam. I denne sammenhengen er det den vonde skammen pleieren føler på. Den er knyttet opp mot skyld og skyldfølelse. Når pleieren føler at hun ikke har gjort en konkret handling for

den andre, føler hun ikke bare skyld. Hun bærer på en vondt skam som er negativ for henne. ”Sykepleierne og alle pleierne for så vidt, sier at mange av dem har gått hjem og ikke følt at de har strukket til” (Intervju G, kvinne 41 år). Dette virker informantene å kunne se hos pleieren. I denne skammen ligger en fordring og et ønske om frigjøring som lederen tar imot. Den skylden pleieren bærer er ikke negativ, den har oppstått av et ønske om å gjøre den andre vel. Den handler om å ta imot fordringen om å uforbeholdent gjøre godt for den andre. Slik Martinsen (2012) sier det, så kan samtalen frigjøre når man i fellesskap kommer frem til en ny forståelse. Dette er essensen av hvordan lederne sier de bruker SER og hvordan SER bidrar til Samvittighetsfrigjøring hos den enkelte pleier.

5.6.4 Når motstanden blir for tung å bære

Hvordan kan kravene som stilles til pleierne unngå å føre til at de forlater jobb med dårlig samvittighet? Fordeling av ressurser har vært en gjentakende problemstilling i SER-gruppene, hvor krav fra pasienter og pårørende har satt pleierne i vanskelige dilemmaer. Når prioriteringer av ressursene oppleves vanskelig, er det ofte utfra prinsippet om rettferdighet, og at alle pasienter skal ha samme pleie. Dette er umulig å oppnå i dagens helsevesen, og derfor er det viktig at pleieren ser fordeling av ressurser opp mot den enkelte pasients behov, for deretter å prioritere de ressurser som er tilgjengelig (Näsman et al., 2008).

En av informantene uttrykte det slik: *vi skal ikke hoppe når noen sier hopp!* Det betyr at den enkelte pleier må stole på egne faglige vurderinger av hva som er det individuelle behovet hos akkurat *den* pasienten. Ressursene er et gode som skal fordeles etter behov og ikke etter hvem som stiller flest krav (Näsman et al., 2008). Slik tenker flere ledere at pleierne kan ta tilbake noe av den faglige integriteten i yrket, og at de vurderinger som de gjør har faglig og etisk grunnlag. For flere av lederne var et av målene med SER-gruppene at pleierne hadde faglig integritet og stolthet i jobben sin. Et overordnet rettferdighetsprinsipp viser seg gjeldende for lederen. Dette er et prinsipp som også er blant de viktigste etiske prinsippene å integrere for å ivareta også den enkelte ansatte (Toren og Wagner, 2010).

Å oppfylle den enkeltes alle behov kan oppleves som et behov som aldri tar slutt. Det er alltid noe mer man kunne ha gjort for pasienten, noe som kunne vært gjort enda bedre. Denne indre moralske holdningen (ethos) gjør at pleieren hindres i å gjøre jobben. Hun utfører den på feil

grunnlag. Hun tror at hun aldri kan gjøre godt nok, og ender opp med dårlig samvittighet (Näsman et al., 2008).

Den frustrasjonen som pleieren kan møte hos pasient og pårørende er til tider uunngåelig. Å kunne ta imot fortvilelse i ulike uttrykksformer er en del av det å være pleier, og også det å være leder. Informantene opplever at pleierne kommer til dem med disse frustrasjonene og følelsen av at det er et utømmelige behov for å gjøre enda mer, enda bedre. Kravene er dels selvpålagt, dels en konsekvens av krav fra andre. Den dårlige samvittigheten sitter igjen i kroppen hos pleieren når arbeidsdagen er over. En informant mente at faglig stolthet henger sammen med opplevelsen av å akseptere at man har gjort så godt man kan når man avslutter arbeidsdagen.

Pleieren må forsøke å se og fremheve positive sider hos pasienten. Dette er ifølge Martinsen (2000) å ”binde uttrykket”. SER-gruppene brukes av lederen til å hjelpe pleieren å forstå hvorfor ulike reaksjoner kan komme. Refleksjonen i seg selv har som mål å belyse problemet fra flere sider, forstå reaksjoner og kunne komme frem til en ny forståelse av det som oppleves som vanskelig. Når pasienten eller pårørende har krav som oppfattes som vanskelig å imøtekomme, er det viktig å hjelpe pleieren til å se problemet med andre øyne, ta et steg tilbake og få hjelp til å belyse hva som står på spill for den enkelte. Dette sier lederne er en viktig del av deres veiledningsoppgave i SER.

Man trygger pasientens eller pårørendes uro med en consensus blant de ansatte som er basert på en grundig refleksjon av problemstillingen. Pleieren får hjelp til å se problemet fra en annen vinkel og kan se andre sider hos pasienten eller pårørende som hjelper til å gi en økt forståelse og minske frustrasjonen. En felles tilnærming til hvordan møte pasient og pårørende gjorde at pleierne følte seg lettet og trygg. Dette gir god faglig tilnærming til pasientens problemer og er kanskje årsaken til at lederen sier pleierne uttrykker deltakelsen i SER-gruppene som tilsvarende til å ha faget i fokus.

5.7 Etikkspesialist

Martinsen kaller det for personorientert profesjonalitet når sykepleieren bruker fagkunnskap integrert i det sanselige møtet med pasienten (Martinsen, 2000). I denne sammenheng er tilnærmingen brukt i forbindelse med lederens møte med pleieren i SER-gruppen. Lederen veileder på en profesjonell måte hvor hun bruker både den faglige kompetansen hun har om etikk, og samtidig tar i bruk en personlig tilnærming hvor hun bruker sine sanser for å forstå hva pleierens problem egentlig består av. Når lederen mener at det er krevende å veilede i etikk-gruppene, og at det krevde et engasjement *nesten utover både stilling og stand*, er det et uttrykk for et personlig engasjement og tilstedeværelse for pleiernes problemstillinger.

Samtlige ledere mente at det var nødvendig med egen etisk kompetanse for å klare å veilede på en god måte (Honkavuo og Lindstrøm, 2014; Tønnessen et al., 2016). Dette manglet på de fleste avdelingene, selv om lederen ble regnet som en rollemodell og den som skulle ha svar på de etiske problemstillingene som oppstod. Denne forventningen er avklart fra både ledelse og ansatte, og lederne mener at dette er en del av deres arbeidsoppgaver uansett om de har formell kompetanse i etikk eller ikke.

Det forutsettes fra pleiernes side at lederen skal lede den etiske refleksjonsgruppen (Aitamaa et al., 2015). Det er sykepleielederen innforstått med, og de fleste har selv et ønske om å være med, enten som veileder eller som deltaker. Enkelte andre ledere igjen mente at noen andre måtte lede SER-gruppene, og at det ikke var heldig at lederen var tilstede i gruppene (Poikkeus et al., 2013; Weidema et al., 2015). Det er et delt syn på dette hos informantene også i denne intervjugruppen når det gjaldt hvem som skulle veilede i gruppene. Imidlertid kan det se ut som det er de avdelingslederne med mest erfaring og kompetanse rundt SER som ser behov for at andre må lede gruppene med ansatte tilhørende deres egen avdeling enn de selv. Disse lederne uttrykker også i større grad en bevissthet om viktigheten av å drive etikkarbeidet i avdelingen systematisk (Poikkeus et al. 2014).

Behovet for å kunne bearbeide opplevelsene som de satt igjen med når de veiledet i SER-gruppene ble påpekt som viktig. Å ha kunnskap og anledning til å ”debriefe” seg selv etterpå gjorde det lettere å stå i situasjonene (Edmonson, 2010). Lederne kjente på kroppen følelsene som kom til uttrykk fra pleierne under refleksjonsmøtene. Den tilstedeværelse og konsentrasjon som var nødvendig for å veilede i etisk vanskelige problemer, kunne oppleves som utmattende og krevde rom for ettertanke. Samtlige ledere ønsket å være tilstede i

gruppene uavhengig om de var veileder eller ikke. Selv om det kunne være psykisk utmattende å veilede, gav deltagelsen de en mulighet til å kjenne på hva som rørte seg i avdelingen samtidig som de kunne ta tak i problemer før de ble store.

De avdelingslederne med minst formell kompetanse i etikk og etisk veiledning virker også være de med mest interesse av å bruke andre arenaer enn SER-gruppene for uformell veiledning i etiske spørsmål, selv om de også betegner viktigheten av å flytte ”korridorrefleksjonen” inn på en egen arena. Dybden og kvaliteten på en form for refleksjon som finner sted i korridoren mellom pasientoppgaver, er ikke tilstrekkelig til å kunne kalles en refleksjon (Tønnessen et al., 2016). Pleierne vil heller ikke få veiledning og må da ta beslutninger som kanskje ikke er tilstrekkelig gjennomtenkt. Dette er et ansvar som over tid kan gi dårlig samvittighet (Zydzianaite og Suominen, 2014). Forståelsen for hvordan en refleksjon foregår og hva som kjennetegner en reflektiv samtale, viser seg å være bedre hos de informantene som hadde mest øvelse og erfaring i SER. De følte imidlertid ikke selv at de hadde en ekstra kompetanse i etikk (Honkavuo og Lindstrøm, 2014).

Siden det ikke har vært et av målene med oppgaven å se på leders etiske uformelle og formelle etiske kompetanse er det vanskelig å si noe konkret om i hvilken grad dette har vært med på å påvirke den enkelte leders tanker om SER. Innledningsvis i intervjuene forklarer informantene kort egen erfaring med SER. Her fremkommer det at ingen av lederne har noen egen formell etikk-kompetanse utover det som har vært innbakt i ulike utdanninger. Enkelte hadde i tillegg erfaring fra dagskurser i SER. Forskning gjort på dette støtter en kontinuerlig utvikling av leders etiske kompetanse og ser det som et nødvendig tiltak for å sikre god og etisk forankret ledelse og best mulig pasienttrygghet (Edmonson, 2010; Poikkeus et al., 2014).

En klar tendens i denne forskningsoppgaven har vært at de med mest etisk kompetanse også har vært mest bevisst og systematisk i det etiske arbeidet i sine respektive avdelinger. De har også merket seg en sammenheng mellom fravær og psykososiale forhold på arbeidsplassen. Dette er i tråd med tidligere forskning som bekrefter at lengde og mengde utdanning er en faktor for å skape en læringsarena med etisk veiledning (Poikkeus et al., 2014; Tønnessen et al., 2016). Imidlertid har det ikke vært mulig å finne forskning som viser hvordan omorganisering i organisasjonen har en negativ effekt på kontinuiteten av etikk arbeidet i avdelingene, slik informantene opplever det.

5.8 Etisk språk

Å kunne bruke et etisk språk vil si å kommunisere på en måte som viser til verdier som er viktige hos den enkelte. På en arbeidsplass vil språket som brukes reflektere hvilke verdier man verner om og hva som er viktig i organisasjonen (Edmonson, 2010; Makaroff et al., 2014). Når ord som etikk, verdi og moral gjør pleieren usikker og utrygg er det et tegn på at man ikke har en organisasjon hvor verdiene som ligger til grunn kommet til uttrykk for de ansatte (Slettebø et al., 2010). En av lederne bemerker at dersom man spør pleierne hva etikk er, vil de ikke kunne svare. Samtidig sier en annen leder at sykepleierne har etikken i ryggmargen, og at sykepleieutdanningen og annen helsefaglige utdanning skal gi fundamentale kunnskaper om etikk. Lederen forventer at alle pleierne har grunnleggende kunnskaper i etikk fra sin utdanning. Disse utsagnene står litt i kontrast til hverandre, hvilket kan tyde på at etisk kunnskap hos den enkelte pleier kanskje fremstår som svært personavhengig. Det vil igjen si at den etikkkompetanse som gis elever og studenter i helsefaglige utdanninger, kanskje ikke er tilstrekkelig til å ruste de for det som møter dem i sin yrkespraksis.

Når lederen uttrykket at pleierne ikke har etisk språk vil det kunne tolkes slik at lederen ikke bruker et etisk språk selv heller (Makaroff et al., 2014). Blant informantene viser det seg at de som har hatt prosjekter og fokus på etikk på et systematisk nivå, også bruker et etisk språk mer aktivt i hverdagen. De lederne som ikke bruker etisk språk i hverdagen, vil ikke kunne formidle etikk, verdier og organisatorisk grunnleggende verdier videre til de ansatte på en synlig måte (Makaroff et al., 2014).

Flere av informantene som hadde organisert refleksjonen som prosjekt, uttrykte en forventning om at de ansatte skulle bli mer selvstendig og tryggere i arbeidshverdagen etter å ha deltatt i SER over tid. De ønsket at deres rolle som allestedsnærværende guru skulle bli redusert. Det virket imidlertid som behovet for å kunne gå til sin leder med problemstillinger var like store som før prosjektet. Etikk var fremdeles vanskelig selv om pleierne nå hadde lært seg å sette ord på det. Allikevel vil deltakelsen i SER over tid kunne gi en økt etisk kompetanse og en bedre kommunikasjonsform (Eide og Aadland, 2012), slik også flere informanter ga uttrykk for.

Blant informantene er det en mulig sammenfallende tilfeldighet at de ledere som brukte systematisk etisk refleksjon minst også er de som ikke bruker etisk språk i arbeidshverdagen i

avdelingen og blant de ansatte. De anså heller ikke at SER var så veldig nødvendig. Dette kan oppfattes som at de lederne som ikke hadde spesielt fokus på eller opplegg for systematisk etikkarbeid i form av refleksjoner, gjemmer seg litt bak hva de ansatte tenker og sier. At de selv kanskje ikke har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse for å veilede og drive systematisk etisk refleksjonsarbeid på en god nok måte (Poikkeus et al., 2014).

Dersom lederen ikke har god nok etisk kompetanse og da heller ikke bruker et etisk språk, vil ikke pleierne heller gjøre det (Makaroff et al., 2014). Informantene som uttrykte slike holdninger, forandret mening på slutten av intervjuene. Fra å gi uttrykk for at etikk var diskutert ”overalt” og ”hele tiden”, til på slutten av intervjuene konkludere med at det må være fokus på etikk gjennom å ha fastsatte møtepunkter med egen tidsramme hvor man tar opp vanskelige etiske problemstillinger. De resonnererte seg til at å diskutere etikk ”overalt” og ”hele tiden” ikke ga tilstrekkelig tid til å gå i dybden på problemstillingene. Det kan se ut som om enkelte ledere ikke hadde tenkt så mye på systematisk etisk refleksjonspraksis i hverdagen, og hvordan de kunne tilrettelegge for dette før det ble snakket om det.

Det er viktig å sette refleksjonen inn i en praktisk sammenheng i avdelingen. Dette gjør da de fleste lederne. Spesielt trekkes dødsfall frem som en hendelse hvor man i avdelingen satte seg ned og snakke sammen om omstendigheten og hvilke følelser de ansatte satt igjen med. Det ble gjort en slags oppsummering av hva som var bra og hva som kunne vært bedre. De etiske aspektene ved behandlingen ved terminalpleien ble gjennomgått. Mange ulike følelser kommer til syne i slike sammenhenger, og det er viktig at de blir sett. Det etiske språket under slike forhold blir naturlig og oppleves ikke kunstig. Dette er også med på å bygge etisk kompetanse (Eide og Aadland, 2012).

Samtlige ledere uttrykker etikk som viktig og gjennomgripende i det daglige arbeidet, endog viktig på alle plan og nivåer i avdelingen. Lederen forventes å kunne formidle og legge til rette for at organisasjonens etiske visjon formidles og utvikles hos de ansatte (Edmonson, 2010; Makaroff et al., 2014). Hvordan man på en synlig og forståelig måte gjennomfører dette i den enkelte avdeling, fremkommer ikke like tydelig hos alle lederne. Blant informantene var det et tydelig skille mellom de som hadde gjennomført SER systematisk og over tid med opplæring på etikk og veiledning, og de som ikke hadde hatt dette. Lederne med kunnskap og erfaring med gjennomføring av SER observerte en forandring blant pleierne hvor de ser at kommunikasjonsformen har blitt endret. Det etiske språket i avdelingen viser seg gjennom

større respekt for hverandre i samtaler. En lyttende, åpen kommunikasjon har gjort lederen oppmerksom på hvordan den etiske kommunikasjonsformen forebygger konflikter og gir tryggere pleiere (Weidema et al., 2015). En bevissthet viser seg å ha vokst frem hos den enkelte leder som aktivt har jobbet systematisk med etisk refleksjon. Denne bevissthet speiler seg hos de ansatte i form av endret adferd og endret språk.

Informantene som anerkjenner en endret kommunikasjon blant pleierne til et mer etisk språk, setter denne forandringen i sammenheng med SER-gruppene. Selv etter at SER ble lagt til side på grunn av omorganiseringer i det kommunale omsorgssystemet, merket leder at språket og kommunikasjonsformen blant de ansatte var forandret. Språket viser hva lederen og pleierne tenker, og et synlig etisk språk gir ringvirkninger til måten man handler og tenker på (Edmonson, 2010; Makaroff et al., 2014). En leder som velger å bruke et etisk språk viser også en synlig etisk praksis og lederskap, og gjør at pleierne også følger seg trygge på å bruke det (Makaroff et al., 2014). For de informantene som hadde brukt SER mest var dette tydeligvis et faktum. Den økte kommunikasjonskompetansen hos pleierne viste seg å være varig, selv om refleksjonsgruppene opphørte etter en tid.

5.9 Lederrefleksjon

Med sin helsefaglige bakgrunn har avdelingslederen en unik rolle som leder. Hun har fagkunnskapen og erfaringen som både pleier og som leder. Det kan være en dyd av nødvendighet i vårt komplekse helsevesen, hvor dagens kunnskap raskt kan bli til gårdagens feilkunnskap. Samtlige informanter påpeker behovet for å ha en pleiefaglig bakgrunn for å kunne gjøre en god jobb som leder. Den kunnskap de har fra grunnutdanningen og den erfaring de har opparbeidet seg tidligere gjennom en direkte pasientrelatert jobbsituasjon gjør at de har en etisk tilnærming til de problemstillingene som pleierne oppsøker lederen med. De har ett moralsk fundament som har fulgt dem fra sin grunnutdanning og gjennom sin praksis i utøvelsen av yrket som sykepleier.

Dette gjør at de også gjennom handling i tillegg til språk, kan vise pleierne hvilke verdier de verner om og står for (Eriksson, 2010; Näsman et al., 2008). Pleierne kan identifisere seg med dette, og det vil igjen øke sjansene for en felles etisk forståelse og et moralsk miljø.

Avdelingslederne identifiserte seg selv som rollemodeller for hvordan etiske dilemmaer kunne løses av pleierne i avdelingen (Edmonson, 2010). (...) *men de ender alltid opp med å*

spørre meg også.... Jeg tror også at det er fordi jeg er sykepleier, og at de vil ha min vurdering (...) (intervju H, kvinne 49 år).

Lederne opplever store forventninger fra flere hold, og kjenner på et krav fra omgivelsene om å alltid ha svar på problemer og dilemmaer som oppstår i avdelingen (Edmonson, 2010; Ganz et al., 2015; Makaroff et al., 2014; Shirey et al., 2013). En av informantene omtaler også en forventning til seg selv fra de ansatte om å være som ”Orakelet i Delfi”. Selv om det i stor grad er administrative og personellrelaterte problemstillinger som preger lederens hverdag (Ganz et al., 2015), forventes det av informantene at de skal kunne løse etiske dilemmaer. Dette medfører et stort moralsk ansvar for pasientene og personalet.

Martinsens (2000) personorienterte profesjonalitet kan igjen trekkes inn i lederperspektivet. For lederen betyr en personorientert profesjonalitet i denne sammenhengen at hun integrerer fagkunnskap med menneskekunnskap. Pleierbakgrunnen hennes gjør at hun ser og ivaretar pleier og pasient med integritet. Hun bruker sansene i møtet med pleierne og er åpen for å slippe til følelser for å se og møte den andre. Som profesjonell har hun fokus på det medmenneskelige og ser mennesket som det er. Hun har kjent på møter med pasienter og pårørende som har berørt henne, hvor hun har brukt sansene sine for å forstå den enkelte. Det klinger gjenkjennende hos lederen når pleieren kommer med etiske dilemmaer. Det berører lederen. Den egne erfaringen som pleier ligger forankret hos lederen, er en base for å handle og tenke etisk i jobben som leder. Dette kan tenkes være bakgrunnen for at lederne mener at deres jobb er så kompleks at det er nødvendig med en faglig bakgrunn for å kunne være en god leder.

Lederne gir uttrykk for at svært mange av deres egne etiske dilemmaer og problemstillinger i jobben handler om saker som ikke kan diskuteres med pleierne. Ofte er det flere enn et hensyn som må tas, og flere parter som er involvert. En av informantene nevner problemstillinger som omhandler enkeltpersoner blant personalet som et eksempel på et etisk dilemma som ikke kan diskuteres med det øvrige personalet. De føler et behov for en egen arena hvor det er fokus på de etiske dilemmaer som man som leder står ovenfor (Aitamaa et al., 2015; Toren og Wagner, 2010).

Lederne som ble intervjuet uttrykket en frustrasjon over å ikke kunne ha noen likesinnede å diskutere etiske problemer med på en systematisk og reflektiv måte. En av informantene henviser også til taushetsplikten som en årsak til hvorfor det var behov for egne refleksjonsfora for ledere. Det er lett å se for seg hvorfor det ikke er ønskelig å diskutere egne private og sensitive problemstillinger sammen med kollegaer. Svært mange informanter var av samme oppfatning, enkelte ting kan bare diskuteres og reflekteres over i samråd med likesinnede. *Vi er nødt til å holde ting som angår oss internt, imellom oss... Hvis man skal snakke om etisk refleksjon i sykehjem så syns jeg jo faktisk det er DEN biten som er forsømt...det at vi som ledere skal få anledning til å reflektere bare vi!* (intervju E, kvinne 61 år).

I prinsippet er det ønskelig at refleksjonsgruppene er sammensatt av personer med ulike bakgrunn. Målet med en til dels broket sammensetning av alle deltakernes bakgrunn, er å kunne se problemstillingen fra ulik ståsted og slik få en bredere tilnærming til det etisk vanskelige dilemmaet som skal diskuteres (van der Dam et al., 2011; Poikkeus et al., 2013) Dette er ikke aktuelt for lederne, de uttrykker helt tydelig et behov for en egen refleksjons arena.

Som leder opplevde de seg alene om å måtte finne løsninger på vanskelige situasjoner og problemer. De føler ingen organisatorisk støtte til SER for ledere (Aitamaa et al., 2015; Bollig et al., 2009; Honkavuo og Lindstrøm, 2014; Makaroff et al., 2014). Det har alltid vært prioritert først og fremst å gi støtte til pleierne i de problemstillinger og dilemmaer som de opplever i pleien og på arbeidsplassen. Det er også lederens plikt å være en tilrettelegger og tilby støtte til pleierne i etisk vanskelige spørsmål. Arbeidstakerne har behov for at det psykososiale arbeidsmiljøet ivaretas på best mulig måte med individuell oppfølging av den enkelte pleier (Toren og Wagner, 2010). Dette har nok vært medvirkende til at lederens eget behov for støtte har vært skjøvet til side, og ikke vært tatt tilstrekkelig på alvor av organisasjonen som sådan. Å legge til rette for at lederne skal kunne styrke sin etiske kompetanse vil være tilfredsstillende for ledere og komme ansatte og pasienter til gode (Aitamaa et al., 2015; Makaroff et al., 2014).

Selv om det i de aller fleste kommunene i Norge foreligger egne etiske retningslinjer, uttrykker lederne allikevel et behov for personlig veiledning i grupper. De etiske retningslinjene er ofte diffuse og generelle og vil ikke kunne gi lederen veiledning i de enkelte

etiske dilemmaer som oppstår (Toren og Wagner, 2010; Makaroff et al., 2014). Mangelen på støtte for lederens vanskelige vurderinger og valg er kjent, selv om det stilles krav til lederen om å være en moralsk veileder og et forbilde for de ansatte (Edmonson, 2010). Informantene tilkjenner et savn etter å selv å få veiledning og å kunne bruke tid til refleksjon på egne premisser. Når lederstrukturen i systemet man jobber i blir mer og mer uoversiktlig jo lengre opp i organisasjonen man kommer, er det vanskelig å komme med eksakte krav. Nærmeste leder til pleierne i et sykehjem er derimot en godt synlig, kjent og tydelig figur.

I intervjuene har informantene gitt inntrykk av at det har vært planlagt å trekke inn lederne i bruk av SER fra organisasjonsledelsen. Alle lederne som ble intervjuet ga uttrykk for at det var ”noe på gang”, eller at deres leder igjen hadde gitt beskjed om at det skulle være SER, og at man bare måtte se til å finne en måte å organisere det på. Alle ledere ønsket å implementere SER på både pleienivå og ledernivå (Toren og Wagner, 2010; Poikkeus et al., 2014). De som hadde erfaring med dette fra tidligere ønsket alle å komme i gang med det igjen. Dette kan tyde på at lederne anser SER som et etisk verktøy som er viktig å ta i bruk og som gir resultater på sikt (Poikkeus et al., 2014).

Ingen er i tvil om hvem som har det overordnede ansvaret for at arbeidsplassen har etiske retningslinjer og at det tilrettelegges for at pleierne skal utvikle etisk kompetanse. I all litteratur og hos informantene selv var dette et selvfølgelig lederansvar (Edmonson, 2010; Ganz et al., 2015; Helsedirektoratet, 2004: IS-1201; hol §4.1 c; Makaroff et al., 2014). Imidlertid er den etiske kompetanseutviklingen til lederen selv ikke nødvendigvis en selvfølge.

De av lederne som har høy formell og uformell etisk kompetanse eller utdanning innen etikk har en sannsynlighet for å være mer tilfreds i jobben sin på grunn av sin evne til å håndtere etisk vanskelige dilemmaer (Edmonson, 2010). Den av informantene som hadde en grundig og god pedagogisk bakgrunn med tilleggskompetanse i systematisk etisk refleksjon, var også den lederen som anså eget behov for systematisk etisk refleksjon som tilfredsstilt gjennom sin rolle som veileder i refleksjonsgruppene som hadde vært gjennomført. Både på pleienivå og blant lederne var hun den som tok ansvar for en god og reflektiv dialog i gruppene. Som veileder i SER-gruppene over tid følte denne informanten ikke moralsk stress over det som ble lagt frem og de forventninger som lå på henne både i og utenfor SER-gruppene. Hun brukte SER som et verktøy for å unngå moralsk stress, og hadde utviklet en innsikt på dette

området som hun mente hadde forebygget både sykefravær og konflikter (Aitamaa et al., 2015; Bondas, 2010; Torén og Wagner, 2010).

Siden lederne har et utvidet ansvarsområde som strekker seg i flere retninger, er problemstillingene ofte komplekse og berører mer enn en part. Dette ansvaret kan i beste fall kalles multidimensjonalt. Når det skal tas hensyn til ansatte, pasienter, pårørende og organisasjonen kan det lett oppstå konflikter og spenninger om hvilke interesser som er viktigst (Aitamaa et al., 2015; Edmonson, 2010). Økonomi, ressurser og hvilke prioriteringer som er riktige til enhver tid å ta, kan være belastende for den enkelte leder og sette henne under moralsk press. Å få luftet problemer og diskutere med andre ledere kan lette dette presset og bidra til en økt etisk kompetanse hos den enkelte leder. Det forutsetter at man følger den etiske veiledningsmetoden som går ut på å forsøke å se problemet fra flere sider, og forsøker å finne hva som står på spill for den enkelte involverte.

Når det signaliseres fra den organisatoriske ledelsen at man blant sykepleielederne må finne tid til etisk refleksjon, er det ikke nødvendigvis uten problemer. Den opprinnelige problemstillingen eksisterer fortsatt, hvordan finne tid til en dyp samtale i en hektisk hverdag. Den organisatoriske ledelsen må også vise gjennom handling og ikke bare ord at dette er viktig (Eide og Aadland, 2012). Det er en gjennomgående problemstilling i alle nivåer i helsesektoren at kommunikasjonen mellom de ansatte oppleves som for dårlig, og at det er behov for etisk kompetanseheving for å bedre dette (Kvas og Seljak, 2013). I de tilfeller hvor det faktisk har vært en innsats for å bedre kommunikasjonen, viser det seg at etikken kommer tydeligere frem i arbeidet og i hverdagen.

5.9.1 Oppsummering av drøftingen

Det har vært nødvendig å møte dataene med en bred metodetilnærming. Å drøfte holdninger og verdier, er det samme som å bevege seg inn på selve mennesket. Ved å trekke inn ulike perspektiver fra både artikler og sykepleieteori har det vært mulig å diskutere funnene på en måte som går i dybden på empirien.

Avdelingslederne viser seg å bruke sin egen erfaring og bakgrunn som pleier for å håndtere vanskelige etiske spørsmål i avdelingene. Etter å ha deltatt i SER opplever de en større sensitivitet og åpenhet for pleiernes problemer. Ofte involverer det pleiernes egen frustrasjon

over å ikke strekke til for pasientene. Å prioritere og fordele ressursene som er til rådighet i hver avdeling oppleves som utfordrende og vanskelig. Pleieren opplever å ikke kunne møte pasienter og pårørendes alle behov og krav. Når pleieren ikke strekker til gir det seg utslag i dårlig samvittighet. Lederen imøtekommer da pleierens behov for samvittighetsfrigjøring gjennom SER.

Tidligere forskning bekrefter den del av funnene som sier at etisk refleksjon må være en planlagt og implementert del av arbeidshverdagen for å kunne fungere over tid. Etisk kompetanse er ikke noe som oppstår av seg selv, men krever en bevisst tilnærming fra personer med forståelse for hva etikk er og hvordan man kan veilede i etiske spørsmål. Det krever en etikkspesialist. Utvikling av etisk kompetanse fører med seg en bedre kommunikasjon i hele organisasjonen, hvor pasienter og pårørende også inngår. Diskusjon av funn viser at et bevisst etisk språk må starte med avdelingslederen for å kunne gjenspeile de verdier og holdninger som man ønsker skal være gjeldende for pleierne i avdelingen. Enhver innsats for å bruke et etisk språk virker å ha betydning utover selve tidsrommet refleksjonsgruppene varte.

Lederen står i mange etisk vanskelige valg og har mange hensyn å ta, her er de referert til som multidimensjonale hensyn. Dette fører til et behov for å kunne bruke et system som SER for å kunne reflektere over egen praksis blant andre med samme bakgrunn som de selv. Som leder oppleves mange etiske problemstillinger som involverer den enkelte ansatte. Dette ønsker man som leder å kunne reflektere over sammen med andre ledere med samme erfaring. De avgjørelser som lederen tar involverer ofte mer enn bare en person, og krever at lederen kan se ulike verdier opp mot hverandre.

6 Avslutning

Systematisk etisk refleksjon virker å bidra til at sykepleielederen opplever en økt sensitivitet uavhengig om hun er veileder eller deltaker i SER-gruppene. Denne sensitiviteten fører til at lederen klarer å identifisere dårlig samvittighet og skyldfølelse hos pleieren. Prosessen som finner sted er her blitt beskrevet som ”samvittighetsfrigjøring”. Pleieren opplever et prioriteringsdilemma hvor hun må rasjonere pleien mellom pasientene. Lederen ser det som sin oppgave å hjelpe pleieren til å fri seg fra denne dårlige samvittigheten. Dette føler lederen SER-gruppene har bidratt til.

Pleieren kommer til lederen med en grunnleggende skyldfølelse over å ikke klare å oppfylle pasientens og pårørendes alle ønsker og behov. Dette er satt i sammenheng med utbrenthet, slitenhet og sykefravær. I SER-gruppen deles skyldfølelsen opp blant alle pleierne, den smuldres bort gjennom refleksjonsprosessen. Man forsøker sammen å finne formidlende trekk ved det som oppleves vanskelig. Problemet løftes frem og blir sett på fra alle sider og man erverver en ny innsikt.

Lederens økte sensitivitet for pleierens problemer og følelser oppstod etter å ha deltatt i SER grupper over tid. For lederen er dette ensbetydende med å være en leder som er involvert i det psykososiale og faglige miljøet i avdelingen. Det stilte også større krav til den enkelte leder om å engasjere seg i problemstillinger som tidligere hadde virket ubetydelige og blitt oversett.

Når lederen snakker om SER, er det utfra et helhetlig perspektiv med tanker om fagutvikling og etisk kompetansebygging. Dette er også godt sammenvevd med psykososiale forhold relatert til arbeidsplassen, som viser en klar bedring av kommunikasjonsegenskapene gjennom en utvikling av eget etisk språk. Det antydes en sammenheng mellom leders etiske kompetanse, bruken av SER og pleiernes kommunikasjonsform på jobb. Tolkning av funn tyder på en lineær progresjon av hvordan etisk språk implementeres blant pleierne og hvilken innsats som er lagt ned i bruk av SER. Selv om implementeringen tar tid er resultatet på sikt et endret språk.

Lederne som ble intervjuet anså det som essensielt og nødvendig å ha en helsefaglig bakgrunn som for eksempel en sykepleieutdanning, for å kunne være en leder i sykehjem og hjemmesykepleie. Det er nødvendig fordi sektoren er kompleks og har en rivende teknologisk

utvikling. Dette stiller krav til lederen om prioriteringer og håndtering av både menneskelige og økonomiske ressurser, samtidig som det forventes en høy etisk standard og moral forbundet til profesjonen de fremdeles føler seg som en del av. Pleierne føler fellesskap og tillit til lederen nettopp fordi hun har den samme bakgrunnen som pleierne selv. Lederens evne til etisk lederskap kan virke å være direkte knyttet til hennes formelle og uformelle kompetanse i etikk.

Det er ikke naturlig for lederne å delta i SER-gruppene i avdelingene for å kunne løse dilemmaer eller konflikter som de opplever som ledere. Det begrunnes med et hensyn til den enkelte arbeidstaker og taushetsplikt. For lederne virker det å handle mye om hvordan man på en etisk og faglig god måte klarer å håndtere personalressursene. Til dette er det et sterkt ønske om å kunne møte andre avdelingsledere i samme situasjon som dem selv, men gjerne etter samme mal som SER-gruppene er organisert.

Lederne savner at den organisatoriske ledelsen i større grad tilrettelegger og gir aksept for deres eget behov for refleksjon. Det forventes fra kommunens egen administrative ledelse at avdelingslederne selv skal ta ansvar for en slik utvikling. Dette opplever lederne som vanskelig å finne tid og rom for. De uttrykker et ønske om handling så vel som ord fra organisasjonens ledelser i kommunen når det gjelder tilrettelegging for bruk av systematisk etisk refleksjon på ledernivå.

6.1 Implikasjoner for praksis

Som tidligere beskrevet er avdelingslederne i dagens helsevesen premissleverandører av etikkarbeidet i de enkelte kommunene. I et miljø preget av multidimensjonale hensynstakende, er det nettopp lederen vi stoler på skal vise seg ansvaret verdig. Det er viktig å få vite hva lederne selv tenker av flere grunner. For å kunne tilrettelegge for en etisk utøvende organisasjon på overordnet nivå, er det nødvendig å løfte opp kunnskapen om hva lederne anser som viktig og om SER kan bidra til en forbedring for pasienter, pårørende, pleiere, ledere, organisasjonen og samfunnet. Videre forskning på lederens erfaringer i de ulike områdene og hva SER kan bidra til i praksis vil være viktig i fremtiden.

Referanser

- Aitamaa, E., Leino-Kilpi, H., Iltanen, S., & Suhonen, R. (2015) "Ethical problems in nursing management: the views of nurse managers", *Nursing ethics*, 1-3. DOI: 10.1177/0969733015579309. Tilgjengelig fra: www.nej.sagepub.com at Nord universitet 09.02.2016. (Hentet: 09.02.2016 kl. 09.30)
- Berger, R. (2015). "Now I see it, now I don't: researcher's position and reflexivity in qualitative research". *Qualitative research*, Vol. 15(2) s.219-234. DOI: 10.1177/1468794112468475. Tilgjengelig fra: qrj.sagepub.com at Universitetet i Nordland. (Hentet 28.05.2015 kl.15.00)
- Bollig, G., Pedersen, R., & Førde, R. (2009). "Etikk i sykehjem og hjemmetjenester". Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/10/etikk-i-sykehjem-og-hjemmetjenester> (hentet 09.02.2016 kl. 10.00)
- Bondas, T. (2010). "Nursing leadership from the perspective of clinical group supervision: a paradoxical practice". *Journal of Nursing Management*. 18(4), s.477-486. DOI: 2081/10.1111/j.1365-2834.2010.01085.x Tilgjengelig fra: CHINAL via NORD universitet). (Hentet 09.02.2016 kl. 12.00)
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net>. (Hentet 09.02.2016 kl. 10.30)
- Edmonson, C. (2010). "Moral courage and the nurse leader". *Online Journal of Issues in Nursing* (ONLINE J ISSUES NURS), 15(3): 1-1. Tilgjengelig fra: CHINAL via NORD universitet. (Hentet 09.02.2016 kl. 11.50)
- Edwards, S.D. (2009). *Nursing ethics*. 2.utg. NY, USA: Palgrave Macmillan. ISBN-13: 978-0-230-20590-1. ISBN-10: 0-230-20590-9
- Eide, T. & Aadland, E. (2012). *Eikkhåndboka for kommunenes helse- og omsorgstjenester*. 2.utg. Oslo, Norge: Kommuneforlaget. ISBN: 978-82-446-2110-6

Eriksson, K. (2010) "Evidence: To See or Not to See" *Nursing Science Quarterly*. 23(4) 275-279. DOI: 10.1177/0894318410380271. Tilgjengelig fra: nsq.sagepub.com via NORD universitet. (Hentet 06.02.2016 kl.19.30)

Fjelland, R. & Gjengedal, E. (2000) s. 129. *Vitenskap på egne premisser*. Oslo, Norge: Gyllendal Norsk Forlag AS. ISBN: 82-417-0455-0

Ganz, F., Wagner, N., & Toren, O. (2015). "Nurse middle manager ethical dilemmas and moral distress". *Nursing Ethics*. 22(1) 43-51. DOI: 10.1177/0969733013515490. Tilgjengelig fra: nej.sagepub.com via NORD universitet. (Hentet 02.10.2015 kl. 12.00)

Graneheim, U.H., & Lundman, B.(2004). "Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness". *Nurse Education Today*. 24(2), 105-112. DOI: 10.1016/j.nedt.2003.10.001. Tilgjengelig fra: CHINAL via NORD universitet. (Hentet 09.02.2016 kl.11.50)

Grimsmo, A. (2015). "Samhandlingsreformen-hva nå?". *Tidsskrift for den norske legeforening*. Nr.17-22.sept 2015. Tidsskr Nor Legeforen 135: 1528. DOI: 10.4045/tidsskr.15.0810. (Hentet 09.02.2016 kl.11.55)

Helse-og omsorgstjenestelovens §4.1 c (hol, 2011). LOV-2011-06-24-30. Tilgjengelig fra: www.lovdata.no

Helsinkideklarasjonen (2006) WMA: Declaration of Helsinki- Ethical Principles for Medical Research involving Human subjects. Tilgjengelig fra: www.wma.net (Lest 09.02.2016 kl.20.00)

Helsedirektoratet (2004). Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven: IS-1201 s.20 og s.36. 01.11.2004 Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no. (Lest 09.02.2016 kl.12.30)

- Honkavuo, L., & Lindstrøm, U.Å. (2014). "Nurse leaders' responsibilities in supporting nurses experiencing difficult situations in clinical nursing". *Journal of Nursing Management*. 22(1), s. 117-126. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2012.01468.x/pdf Tilgjengelig fra: Wiley via Universitetet i Nordland. (Lest 18.05.2014 kl.14.09)
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2.utg. Oslo, Norge: Gyldendal Norsk Forlag AS. ISBN: 978-82-05-38529-0
- Kvas, A., & Seljak, J. (2013) "Assessment of leadership competences in the field of ethics for nursing care". *Obzornik Zdravstvene Nege*. 47(1),s.8-17. ISSN: 1318-2951. MEDLINE info: NLM UID: 9518035. Tilgjengelig fra: EBSCO via Helsebiblioteket. (Lest 18.05.2014 kl.13.30)
- Makaroff, K.S., Storch, J., Pauly, B., & Newton, L. (2014). "Searching for ethical leadership in nursing". *Nursing Ethics*. 21(6) s. 642-658. DOI: 10.1177/096973303513213. Tilgjengelig fra: nej.sagepub.com via NORD universitet. (Lest 09.02.2016 kl.13.00)
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3.utg. Oslo, Norge: Universitetsforlaget 2011. ISBN: 978-82-15-01800-3.
- Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup*. 2.utg. Norge: Universitetsforlaget. ISBN: 978-82-15-00215-6
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen, Norge: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. ISBN: 978-82-7674-216-9
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo, Norge: Akribe AS. ISBN: 978-82-7950-161-9
- Nordtvedt, P. (1998) *Sykepleiens grunnlag- Historie, fag og etikk* (s. 155 + første side). Oslo, Norge: Tano Aschoug. ISBN: 82-518-3607-7.

Norsk sykepleieforbund (2011) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler. Oslo, Norge: NSF Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (Lest 09.02.2016 kl.20.30)

Näsman, Y., Lindholm, L., & Eriksson, K. (2008). "Caritativ vårdetik- vårdandets ethos uttryckt i vårdares tänkande och handlande". *Vård i Norden*, publ.No. 88 vol.28(2) s.50-52. ISBN/ISSN: 0107-4083. Tilgjengelig fra: SveMed+ via NORD universitet. (Lest 09.02.2016 kl. 13.30)

O'Reilly, M., & Parker, N. (2012). "Unsatisfactory Saturation': a critical exploration of the notion of saturated sample sizes in qualitative research". *Qualitative Research*. 13(2) s.190-297. DOI: 10.1177/1468794112446106. Tilgjengelig fra: qrj.sagepub.com via Universitetet i Nordland. (Lest 28.06.2015)

Poikkeus, T., Numminen, O., Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2013). "A mixed-method systematic review: support for ethical competence of nurses". *Journal of advanced nursing*, 70(2). S.256-271. DOI: 10.1111/jan.12213. Tilgjengelig fra: CHINAL via NORD universitet. (Lest: 09.01.2016 kl. 13.40)

Poikkeus, T., Leino-Kilpi, H., & Katajisto, J. (2014). "Supporting ethical competence of nurses during recruitment and performance reviews- the role of the nurse leader". *Journal of Nursing Management*, 22(6), s.792-802. DOI: 10.1111/jonm.12033. Tilgjengelig fra: CHINAL via NORD universitet. (Lest: 09.02.2016 kl. 14.00)

Regjeringen, (2015). "Trygghetsstandard på sykehjem". Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no/no/aktuelt/trygghetsstandard-pa-sykehjem/id2435477/ (Lest 23.10.2015 kl.12.36)

Shirey, M. R., Ebricht, P. R., & Mcdaniel, A.M. (2013). "Nurse manager cognitive decision-making amidst stress and work complexity". *Journal of Nursing Management*, 21(1), s.17-30. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2012.01380.x. Tilgjengelig fra: CHINAL via NORD universitet. (Lest: 09.02.2016 kl. 14.00)

- Slettebø, Å., Kirkevold, M., Andersen, B., Pedersen, R., Halvorsen, K., Nordhaug, M., & Nordtvedt, P. (2010) ”Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes- a qualitative study”. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24 s.533-540. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2009. (Lest 24.03.2016 kl. 14.00)
- Stortingsmelding nr.47, St.mld.nr.47, 2008-2009. Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no. (Lest 09.06.2015 kl.15.00)
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Bergen, Norge: Vigmostad & Bjørke AS. ISBN: 978-82-7674-913-7.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2.utg. Oslo, Norge: Gyldendal Norsk Forlag AS. ISBN: 978-82-05-42549-1.
- Toren, O. & Wagner, N. (2010). ”Applying an ethical decision-making tool to a nurse management dilemma”. *Nursing Ethics*, 17(3) s.393-402. DOI: 10.1177/0969733009355106. Tilgjengelig fra: nej.sagepub.com via NORD universitet. (Lest: 09.02.2016 kl.14.45)
- Kjørholt, E.S., Sæther, M.L., og Thorsnes, I.E. (2014). UiO - Norsk senter for menneskerettigheter. ”*Menneskerettigheter i Norske sykehjem*”: temarapport s.19. Oslo, Norge: Norsk senter for menneskerettigheter. Tilgjengelig fra: www.jus.uio.no. (Lest 09.02.2016)
- Vaismoradi, M. Turunen, H., & Bondas, T. (2013). ”Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study”. *Nursing and Health sciences*, 15(3) s.398-405. DOI: 10.1111/nhs.12048. Tilgjengelig fra: CINAHL via NORD universitet. (Lest 09.02.2016 kl.15.00)
- Van der Dam, S., Abma, T., Molewijk, B., Kardol, T., Schols, J., & Widdershoven, G. (2011). ”Organizing moral case deliberation Experiences in two Dutch nursing homes”. *Nursing ethics*, 18(3) s.327-340. DOI: 10.1177/0969733011400299. Tilgjengelig fra: SAGE (Lest 01.02.2014 kl.12.00)

Weidema, F. C., Molewijk, B. AC., Kamsteeg, F., & Widdershoven, G. AM. (2013). "Aims and harvest of moral case deliberation". *Nursing Ethics*, 20(6), s.617-631. DOI: 101177/0969733012473773. Tilgjengelig fra: CINAHL via NORD universitet. (Lest: 09.02.2016 kl.15.10)

Weidema, F. C., Molewijk, B. AC., Kamsteeg, F., & Widdershoven, G. AM. (2015). "Manager's views on and experiences with moral case deliberation in nursing teams". *Journal of Nursing Management*, 23(8), s.1067-1075. DOI: 10.1111/jonm.12253. Tilgjengelig fra: CHINAL via NORD universitet. (Lest: 09.02.2016 kl.15.30)

Zydzianaite, V., & Suominen, T. (2014). "Leadership styles of nurse managers in ethical dilemmas: Reasons and consequences". *Contemporary nurse*. 48(2), s.150-167. ISSN: 1037-6178. Tilgjengelig fra: ORIA via NORD universitet. (Lest: 09.02.2016 kl.15.30)

Vedlegg 1

LESEMATRISSE

FORFATTER	LAND	HENSIKT	METODE	DELTAKERE	RESULTAT
Aitamaa, E., et al.	Finland, 2015	Å identifisere og beskrive etiske problemer sykepleieledere møter i arbeidet for å få bedre oversikt over disse problemer.	Intervju	9 sykepleieledere på ulike nivå i både spesialist,- og primærhelsetjenesten.	Studien viser til 4 områder hvor sykepleielederen opplever etiske problemer: praktiske situasjoner, mangel på verdsettelse, ignorering av problemer og opplevelsen av utilstrekkelighet.
Bollig, G., et al.	Norge, 2009	Finne hvilke etiske utfordringer som dominerer i sykehjem og hj.tj. og om det finnes systematisk etikkarbeid for å håndtere disse utfordringene og hvilke tiltak som ønskes	Systematisk litteratur-gjennomgang pilotstudie	19 intervju, 24 artikler	Mange komplekse og krevende problemstillinger i sykehjem og hj. Spl. Ressursmangel, sammensatte lidelser, samtykkekompetanse og kort levetid er nevnt. Ansatte ønsker hjelp til å mestre dette. Det må være tverrfaglig og inkludere også pasienter og pårørende. Etikkarbeidet i kommunehelsetjenesten er dårligere enn i sykehus.
Bondas, T.	Norge, 2010	Øke forståelsen av sykepleieledelse i klinisk veiledning i grupper.	Hermeneutisk tolkning av skrevne narrativer	24 klinisk sykepleieveiledere	Ledelse skapt ved inngivelse og fremkalling av frykt, utilgjengelighet og utydelig ledelse var mønstre i innhold brakt til veiledning. Veiledning hvor ledelsen var involvert viste en refleksiv forandring i fokus fra ledelse til sykepleieomsorg, fra den enkelte erfaring til sykepleie og omsorgsvitenskap.
Edmonson, C.	USA, 2010	Se på kilder til moralsk stress blant sykepleieledere og gjøre anbefalinger for hvordan å kontinuerlig utvikle moralsk mot.	Artikkel		Moralsk sterke sykepleieledere med tilstrekkelig moralske muskler til å gjøre de riktige valg i vanskelige problemstillinger til tross for lite ressurser og barrierer er hyllet, respektert og etterfulgt. Det er nødvendig at ledere bygges opp til dette gjennom ulike strategier, pga av helsevesenets kompleksitet i dagens samfunn.

Eriksson, K.	Finland, 2008	Å se mer enn det øyet oppfatter. Filosofisk tilnærming til omsorgsutøvelse og forskning.	Artikkel		Bekreftelse på at den sanne menneskeligheten ligger bak den hverdagslige oppfattelsen. Bruker Gadamers hermeneutiske filosofi som tilnærming. Mennesket finner sannheten/ substansen ved å se, forstå, skjønne, bekrefte og revidere og igjen få ny forståelse og skjønn.
Ganz, F., et al.	Israel, 2015	Å beskrive etiske dilemmaer og moralsk stress blant sykepleieres mellomledere, som oppstår fra situasjoner med etiske konflikter.	2 ulike spørreskjema	133 personer med lederansvar av ulik grad	Sykepleielederne opplevde sjelden etiske dilemmaer eller moralsk stress. De opplevde i hovedsak mest stress relatert til administrative dilemmaer. Siden moralsk stress finnes blant sykepleiere uten relasjon til land eller kultur, må man anse at dette er relatert til det å være sykepleier i seg selv.
Honkavuo, L. og Lindström, U.	Finland, 2012	Å gjøre sykepleieledere oppmerksom på ulike vanskelige situasjoner i klinisk sykepleie som kan gi sykepleieren pinsel og finne ut hvordan lederen kan tilnærme seg og lindre smerten.	Halvstrukturert dybdeintervju	8 sykepleiere	Sykepleiere ønsker å diskutere vanskelige situasjoner som oppstår i praksis med sykepleielederen og ikke andre.
Kvas, A. og Seljak, J.	Slovenia, 2013	Undersøke korrelasjonen på etiske holdninger mellom sykepleieledere og sykepleiere	Kvalitativ, spørreskjema	236 sykepleieledere, 1311 sykepleiere/pleiere	Virker som det er sammenheng mellom hvordan sykepleielederne vurderer sin egen etiske kompetanse, og hvordan pleierne ser på den samme. Imidlertid spriker oppfattingen av etikk kompetansen blant lederne, og viser en manglende og utilstrekkelig kommunikasjon mellom sykepleielederne og de ansatte.
Makaroff, K. S., et al.	Canada, 2014	Undersøke hvordan sykepleiere og sykepleieledere ser for seg etisk sykepleieledelse.	Meta-etnografi	4 studier (1999-2008) med 601 deltagere	Etisk sykepleieledelse må tilpasses pleierne og det kontekstuelle systemet de sammen jobber i. Etisk sykepleieledelse krever motta og gi støtte for å øke muligheten til å praktisere og diskutere etikk i hverdagen. Lederen spiller en kritisk, men ofte neglisjert rolle i å utøve etisk lederskap og støtte når det gjelder pasientomsorg.

Näsman, Y., et al.	Sverige/ Finland 2008	Å lage ett bilde av det etisk tenkning og handling hos praktiserende pleiere, og hvordan kommer det til syne.	Kvalitativ og kvantitativ metode. Dagbok, intervju, fokusgruppe og spørreskjema	Studien tar utgangspunkt i en større studie: "caritativ vårdetik i klinisk praxis"	Omsorgsetikk bør ha en holdning støttet av en ethos for å ikke bli fanget i utenforliggende etikk basert på regler og prinsipper. Omsorgskulturen presenteres av sykepleielederen som også skal legge til rette for mulighet for etisk vekst.
Poikkeus, T. et.al.	Finland, 2013	Vurdere og sammenstille evidens på empiriske studier på hvordan sykepleieres etiske kompetanse kan bygges og støttes.	Mixed-method systematisk review av kvalitativ og kvantitativ studier.	To-steps inklusjon og eksklusjons-evaluering med inkludering av 34 artikler.	Lite dokumentert støtte til å øke etikkkompetanse, men studiene gir anbefalinger for hvordan gi støtte til etisk kompetanse. I hovedsak etikk-kurs/ utdanning, etikk-runder, etiske komiteer og etiske konsultasjoner. Det er sykepleieledere og kollegaer som legger til rette for utvikling av etisk kompetanse.
Poikkeus, T. et al.	Finland, 2014	Analysere hvordan sykepleieledere støtter den etiske kompetansen blant sykepleiere under ansettelse og evaluering av utøvelse	Strukturert spørreskjema som ble statistisk analysert.	198 sykepleieledere fra to universitetssykehus fra to ulike distrikter i Finland	Sykepleieledere viser større etisk støtte til sykepleierne under medarbeidersamtaler enn under prøvetiden etter ansettelsen. I medarbeidersamtalene sørger sykepleielederen for at sykepleieren er informert om arbeidsmiljø, hvordan samarbeide og at hun følger sykepleieverdier og prinsipper.
Shirey et al.	USA, 2013	Å gi innsikt i hvordan sykepleielederens kognitive beslutningstakende gir stress og arbeidskompleksitet	Kvalitativ deskriptiv intervju	21 sykepleieledere	Lang tids påvirkning av stress og arbeidskompleksitet på grunn av mange vanskelige avgjørelser har en negativ effekt på lederens helse og hvordan hun tar avgjørelser. Dette kan føre til skade for pasient og organisasjon. Lederens erfaring har betydning for veiledning og lederskap
Slettebø, Å., et al.	Norge, 2010	Å beskrive sykepleiere og legers erfaringer av faktorer som påvirker prioriteringer gjort i sykehjem	Semistrukturert intervjuanalyse ved bruk av manifest innholdsanalyse	13 leger og sykepleiere ved seks sykehjem	Det finnes mange medvirkende begrensninger i hverdagen på et sykehjem som påvirker pleien. Tre hovedfunn: 1: overordnede utfordringer som igjen medvirker til 2:prioriteringsdilemmaer og 3: faktorer som påvirker prioriteringsbeslutningene.
Toren, O. og Wagner, N.	Israel, 2010	Finne ut om sykepleieledere velger den etisk riktige løsningen når sykepleierens interesser kommer i konflikt med pasientens rett til god pleie i en tid med stor fokus på kostnadseffektivitet og	Case study	En situasjonsbeskrivelse av en sykepleieleders etiske dilemma	Sykepleieledere som opplever etiske dilemmaer må løse de ved å sette det inn i en sammenheng med det individuelle behov kontra pasientene som gruppe, og det lokale samfunn vs. samfunnet som sådan. Prinsippene i bruk er basert på ICNs etiske retningslinjer. Lederen vil ha nytte av å lært seg

		budsjett.			redskaper for å løse etiske dilemmaer.
Tønnessen, S., et al.	Norge, 2016	Utvikle kunnskap om hvordan refleksjonsgruppene arbeider konkret, for så å finne om det har bidratt til etisk kompetanseheving blant deltakerne.	Kvalitativ metode med fokusgrupper og intervju	Syv fokusgrupper og 1 intervju av 33 personer med ulike helsefaglig utdanning og arbeidssted.	Refleksjonsgrupper har ikke ønsket læringseffekt da de ikke bruker tilstrekkelig tid til refleksjon. Fasilitatorer i gruppene ønsker mer opplæring og oppfølging underveis, selv om høyere utdanning virker å være en faktor for å lykkes. Det er også viktig å bruke konkrete praksissituasjoner som refleksjonsgrunnlag. Dette stiller krav til forankring og støtte i organisasjonen for tilrettelegging.
Van der Dam, S et al.	Nederland, 2011	Å evaluere hvordan MCD er organisert ved to Nederlandske sykehjem	Systematiske observasjoner, intervju og fokusgrupper	18 personer av ulike yrkesgrupper innen helse	MCD kan organiseres på ulike måter alt etter hvilke mål man har med gruppene, og hvor langt man er kommet i MCD-arbeidet. En kombinasjon av ulike tilnæringsmetoder og gruppesammensetninger, samt tid og mulighet for å delta kan bidra til en bedring av eksisterende kommunikasjonsform. Dette er med på å øke den etiske holdningen i eldreomsorgen.
Weidema, F., et al.	Nederland, 2013	Å vise a: hvorfor ledere introduserer MCD og b: Hvilke erfaringer deltakerne har med resultater av MCD	Responsiv evalueringdesign, kvantitativ metode halvstrukturert spørreskjema og intervju.	35 intervjuer, 1067 spørreskjemaer fra 2008-2010	MCD påvirker team-samarbeidet på en måte som ikke kan kontrolleres med ordinære ledelsesverktøy, men krever tid og dialog. Utbytte av mål og resultat mellom ledelse og team kan resultere i en felles utvikling av moralsk praksis som kan bedre det daglige samarbeidet.
Weidema, F., et al.	Nederland, 2015	Å få innsikt i sykepleielederens erfaringer med MCD	Del av kvalitativ studie. Responsiv evalueringdesign. Fokusgruppeintervju av ledere.	8 ledere intervjuet i et to timers fokusintervju	Ledere satte pris på MCD og brukte det til å styrke sykepleiernes selvstendighet og kritiske refleksjon over ledere, profesjonen og grunnleggende kompetanse. MCD ble ansett som en utfordrende intervensjon som resulterte i dilemmaer pga konfidensialiteten og MCDs egalitære struktur. Resultatet ble prosess-relatert og vanskelig målbart, men ansett som verdifullt allikevel. MCD tvinger lederen til å se sin egen rolle og

					posisjon i MCD og som del av sykepleiergruppen.
Zydzianaite, V. og Suominen, T.	Litauen/ Finland, 2014	Å forklare sammenhengen mellom ulike lederstiler, på hvilket grunnlag de brukes og dets konsekvenser for lederens avgjørelser i etiske dilemmaer.	Kvantitativ . Vurdering av spørreskjema	278 sykepleieledere i fem ulike statlige sykehus i Litauen.	Sykepleielederen hadde mer fokus på å opprettholde driften enn å håndtere vanskelige etiske dilemmaer. Den tilegnede lederstilen i etiske dilemmaer har sammenheng med hensynet til pasient, og pårørendes tilfredshet, og lederens behov.

MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.4) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Prosjektittel		
Tittel	etisk refleksjon og ledere i helsesektoren	
2. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Universitetet i Nordland	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, vennligst ta kontakt med personvernombudet.
Avdeling/Fakultet	Profesjonshøgskolen	
Institutt	sykepleie	
3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn	Berit	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.
Etternavn	Støre Brinchmann	
Akademisk grad	Doktorgrad	Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc. NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Stilling	Professor i sykepleie	
Arbeidssted	Universitetet i Nordland	
Adresse (arb.sted)	Univeristetet i Nordland	
Postnr/sted (arb.sted)	8049 Bodø	
Telefon/mobil (arb.sted)	75517542 /	
E-post	berit.store.brinchmann@uin.no	
4. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja ● Nei ○	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Fornavn	Lena	
Etternavn	Jakobsen	
Akademisk grad	Lavere grad	
Privatadresse	Skånlandsveien 183	
Postnr/sted (privatadresse)	9440 Evenskjer	
Telefon/mobil	97541255 /	
E-post	lenajakobsen@gmail.com	
5. Formålet med prosjektet		
Formål	Formålet med studien er å søke å få frem data om ledere i primær og spesialisthelsetjenesten, og bruk av systematisk etisk refleksjon. Fremgangsmåten baserer seg på bruk av Grounded theory som metodetilnærming, og gruppen mennesker som deltar som informanter i studien er sykepleieledere i helsesektoren. Ved å bruke Grounded Theory vil jeg forsøke å få frem og identifisere hva som er deltakernes hovedutfordringer. Forsøk på å finne forskning gjort på dette, viser lite resultat.	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l. Maks 750 tegn.
6. Prosjektomfang		
Velg omfang	<ul style="list-style-type: none"> ● Enkel institusjon ○ Nasjonalt samarbeidsprosjekt ○ Internasjonalt samarbeidsprosjekt 	Med samarbeidsprosjekt menes prosjekt som gjennomføres av flere institusjoner samtidig, som har samme formål og hvor personopplysninger utveksles.
Oppgi øvrige institusjoner		

Oppgi hvordan samarbeidet foregår		
7. Utvalgsbeskrivelse		
Utvalget	Sykepleieledere i primær og spesialisthelsetjenesten	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F.eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte.
Rekruttering og trekking	Eget nettverk, KS kompetansehevingsprogram i etikk, utviklingssykehjem og hjemmetjeneste i ulike fylker.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk.
Førstegangskontakt	Telefonkontakt med presentasjon	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den. Les mer om dette på våre temasider.
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	
Antall personer som inngår i utvalget	5-15	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Begrunn hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Hvis ja, begrunn		Les mer om Pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input checked="" type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).
Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken		
Kommentar		
9. Datamaterialets innhold		
Redegjør for hvilke opplysninger som samles inn	Kort informasjon fra deltakerne se vedlegg. Deretter skal det ihht metode styres minst mulig av ferdige spørsmål	Spørreskjema, intervju-/temaguide, observasjonsbeskrivelse m.m. sendes inn sammen med meldeskjemaet. NB! Vedleggene lastes opp til sist i meldeskjema, se punkt 16 Vedlegg.
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det krysses av for ja her, se nærmere under punkt 11 Informasjonssikkerhet.
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Navn, fødselsdato, adresse, e-postadresse og/eller telefonnummer	Les mer om hva personopplysninger er NB! Selv om opplysningene er anonymiserte i oppgave/rapport, må det krysses av dersom direkte og/eller indirekte personidentifiserende opplysninger innhentes/registreres i forbindelse med prosjektet.
Spesifiser hvilke		

Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?	Ja ● Nei ○	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc. Kryss også av dersom ip-adresse registreres.
Hvis ja, hvilke?	år i yrket som spl , og som spl leder. Arbeidsplass, kjønn	
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja ○ Nei ●	
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Samles det inn opplysninger om tredjeperson?	Ja ○ Nei ●	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.
Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?		
Hvordan informeres tredjeperson om behandlingen?	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	
Informeres ikke, begrunn		
10. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan utvalget informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	Vennligst send inn informasjonsskrivet eller mal for muntlig informasjon sammen med meldeskjema.
Begrunn		NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 16 Vedlegg. Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes. Last ned vår veiledende mal til informasjonsskriv
Oppgi hvordan samtykke fra utvalget innhentes	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Innhentes ikke	Dersom det innhentes skriftlig samtykke anbefales det at samtykkeerklæringen utformes som en svarslipp eller på eget ark. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.
Innhentes ikke, begrunn		
11. Informasjonssikkerhet		
Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste (koblingsnøkkel)	Ja ○ Nei ●	Har du krysset av for ja under punkt 9 Datamaterialets innhold må det merkes av for hvordan direkte personidentifiserende opplysninger registreres.
Hvordan oppbevares navnelisten/koblingsnøkkel og hvem har tilgang til den?		NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.
Direkte personidentifiserende opplysninger oppbevares sammen med det øvrige materialet	Ja ○ Nei ●	
Hvorfor oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?		

Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Spesifiser		
Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert datamaskin tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Fysisk isolert privat datamaskin <input checked="" type="checkbox"/> Privat datamaskin tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input checked="" type="checkbox"/> Notater/papir <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger. Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.
Annen registreringsmetode beskriv		
Behandles lyd-/videoopptak og/eller fotografi ved hjelp av datamaskinbasert utstyr?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Kryss av for ja dersom opptak eller foto behandles som lyd-/bildefil. Les mer om behandling av lyd og bilde.
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	datamaskin beskyttet med passord, oppbevart i eget hjem. Diktafon med passordbeskyttelse	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Dersom det benyttes mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon), oppgi hvilke	Diktafon	NB! Mobile lagringsenheter bør ha mulighet for kryptering.
Vil medarbeidere ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvem?		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. ved bruk av elektronisk spørreskjema, overføring av data til samarbeidspartner/databehandler mm.
Hvis ja, hvilke?		
Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, til hvem?		
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, Synovate MMI, Norfakta eller transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraksreguleres
Hvis ja, hvilken?		Les mer om databehandleravtaler her
12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal for alle typer forskning søkes
Kommentar		Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. søke registreier om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole, etc.
Hvis ja, hvilke?		
13. Prosjektperiode		
Prosjektperiode	Prosjektstart:25.06.2014 Prosjektslutt:25.03.2015	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når førstegangskontakten med utvalget opprettes og/eller datainnsamlingen starter. Prosjektslutt Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet. Prosjektet anses vanligvis som avsluttet når de oppgitte analyser er ferdigstilt og resultatene publisert, eller oppgave/avhandling er innlevert og sensurert.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.NB! Merk at dette omfatter både oppgave/publikasjon og rådata. Les mer om anonymisering
Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?	Når oppgaven er ferdig skrevet, vil rådata/kontaktdata med navn og geografisk tilhørighet makuleres/slettes	Hovedregelen for videre oppbevaring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte.
Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?		Årsaker til oppbevaring kan være planlagte oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.
Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?		Datamaterialet kan oppbevares ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet. Les om arkivering hos NSD
14. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?	egen	
15. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger		
16. Vedlegg		
Antall vedlegg	3	

TEMAGUIDE

Å forske på etikk i helsesektoren har sin årsak i en interesse for hvordan de valg og begrunnelser man gjør i praksis, påvirker oss selv som sykepleiere, ledere, pasienter, pårørende og kollegaer. De siste årene har det vært fokus på etisk kompetanseheving blant helsearbeidere, og det er også gjort en del undersøkelser på dette. Selv om det er vanskelig å måle en effekt av dette arbeidet, og hvilke mål som er satt, er det et viktig arbeide å fortsette med. Dette intervjuet er en del av datamaterialet som samles inn. Det vil bli kodet, analysert og systematisert slik at det er mulig å identifisere sykepleielederes hovedutfordringer hva gjelder etisk refleksjon.

Forskningen gjennomføres inspirert av en metode som kalle Grounded Theory. Denne tilnærmingen gjør at man ikke bruker noen fastlåst intervjuguide, men ønsker at deltakerne selv skal få komme frem med sine tanker og meninger om temaet:

Hva tenker du om etikk og bruk av systematisk etisk refleksjon?

- Erfaringer?
- Fordeler?
- Ulemper?
- Nytteeffekt?
- Når og hvorfor er det viktig ?
- Hva betyr etikk for deg?
- Hva betyr etikk for deg som leder?
- Hva er etikk for deg?
- Hva betyr systematisk refleksjon for deg?
- Hvordan ser du som leder på ditt eget behov for systematisk etisk refleksjon?

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Etisk refleksjon blant ledere i helsesektoren”

Bakgrunn og formål

Dette forskningsprosjektet er en del av en mastergradsstudie i klinisk sykepleie ved Universitetet i Nordland. Formålet med studien er å identifisere hvilke tanker ledere i primær,- og spesialisthelsetjenesten har om systematisk etisk refleksjon. Bruk av etisk refleksjon har vært innført i flere land, og man begynner nå i Norge å få mange kommuner og helseforetak som tar i bruk denne måten å bruke refleksjon over egen praksis på. Dette er en frittstående studie uten ekstern oppdragsgiver.

Deltakerne i studien er identifisert gjennom KS sitt kompetansehevingsprogram, og ressurskommuner som fremkommer her. Det er også gjort utvalg av kommuner som har arbeidet med etikk, via Utviklingscenter for sykehjem og hjemmesykepleie.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltar du i studien vil du bli bedt om å bidra med ett intervju som tar ca 1 time. Det vil bli gjort opptak av intervjuet, som deretter vil bli transkribert og alle person-identifiserende opplysninger vil bli fjernet. Intervjuet vil være fritt, det vil si du kan selv styre hva du ønsker å bidra med av informasjon, det vil ikke bli laget noen stor intervjuguide.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil kun være intervjuer som kjenner navn på deg som deltar. Navneliste over deltakere vil ikke oppbevares slik at det kan settes i sammenheng med datamaterialet på noe tidspunkt. Det vil kun bli referert til som ”sykepleieleder”, ”kjønn”, ”år som leder”, ”erfaring med refleksjon” og hvilket område lederen representerer ”leder i hjemmetjeneste/ sykehjem/ sykehusavdeling” og lignende.

Prosjektet skal etter planen avsluttes desember 2015. Opptak og rådata vil da lagres anonymisert slik at det ikke finnes personopplysninger som kan kobles til datamaterialet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg fremdeles være anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Lena Jakobsen, mastergradsstudent Universitetet i Nordland tlf 97541255, mail lenajakobsen@gmail.com eller veileder professor Berit Støre Brinchmann, Universitetet i Nordland.

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

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

----- (Signert av prosjektdeltaker, dato)