

# Etisk refleksjon og bevisstgjøring i veiledning

## FORFATTERE

Gry Bruland Vråle  
Førstelektor  
VID vitenskapelige høyskole

Lisbet Borge  
Førsteamanuensis  
VID vitenskapelige høyskole

Kari Nedberg  
Avdelingsleder  
Modum Bad

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Opplevd personlig ansvar i samarbeid med pasient og tverrprofesjonelle kan danne grunnlag for etiske dilemmaer. Vi ønsket å utforske hvorvidt etisk refleksjonsveiledning kunne bidra til økt refleksjon og bevisstgjøring om samhandlingssituasjoner i praksis.

**Hensikt:** Å undersøke hvordan etisk refleksjon i veiledning kan bidra til økt bevisstgjøring og forebygge moralsk stress.

**Metode:** Studien har et utforskende deskriptivt design. Vi samlet inn data gjennom to fokusgruppeintervjuer før og etter åtte gruppeveiledninger med ni psykiatriske sykepleiere. Veiledningen fokuserte på to hovedspørsmål: Hva var kjernen i den etiske utfordringen i situasjonen, og hva var hovedutfordringen i samarbeid knyttet til denne situasjonen? Data er analysert ved hjelp av en hermeneutisk-fenomenologisk metode.

**Resultat:** Helhetsforståelse er samlet i utsagnet: «Det gjør noe med meg på pasientens vegne» - et utsagn som ble brukt av flere deltakere. Vi identifiserte fire temaer: spennet mellom faglige og etiske dilemmaer, å være i skvis mellom mennesket og behandlingssystemet, samarbeidets utfordringer og veiledningens betydning for etisk bevisstgjøring og opplevelse av mot.

**Konklusjon:** Samarbeid kan beskrives som et samspill der enkeltpersoners verdier trues av ulike systemer. Veiledning kan bidra til etisk bevisstgjøring om hva som settes på spill i samarbeidet mellom pasient og behandlingssystemet. Etisk bevisstgjøring kan hjelpe den enkelte profesjonsutøver til å få mot til å artikulere og tydeliggjøre viktige etiske omsorgsverdier i praksis.

Klinisk veiledning er en kompleks virksomhet det kan være vanskelig å måle effekten av, og det finnes få randomiserte studier om utbytte av veiledning. Studier viser at veiledning kan gi best effekt dersom veiledningens oppmerksomhet er rettet mot aktuelle og kontekstuelle temaer. På grunn av veiledningens kompleksitet er kvalitative studier best egnet til å utforske betydningen av veiledning og mulig overføringsverdi for praksis (1).

Hvis veiledning skal lykkes, må den være forankret lokalt. Veileder må anerkjenne de kontekstuelle komplekse utfordringene som profesjonsutøverne erfarer i sitt arbeid (1). Mange beslutninger i sykepleiepraksis tas intuitivt. Sykepleiefaglig veiledning kan gi mulighet for ettertanke knyttet til etiske utfordringer. Veiledningen kan også styrke sykepleiernes bevissthet når de må ta vanskelige etiske valg (2).

### **FORPLIKTELSER OG ETISKE VURDERINGER**

En studie om sykepleie i kommunal psykisk helse- og rusarbeid (3) viser at sykepleiere som arbeider innen dette feltet, har høy kompetanse i form av relevante videreutdanninger og lang klinisk erfaring i arbeid med aktuelle målgrupper. Samme studie avslører at sykepleierne har kvaliteter som fleksibilitet og pragmatikk, og at de prioriterer et relasjonelt samarbeid med pasienten.

Det forpliktende relasjonelle samarbeidet med pasienter i ulike livskriser ved distriktpspsykiatriske sentra (DPS) innehar mange etiske og faglige fordringer. Sykepleierne lar seg berøre av møter med pasienter i slike livskriser (4). Konteksten som det relasjonelle samarbeidet og den etiske fordringen oppstår i, kan noen ganger hindre sykepleierne i å gjøre det de ønsker for pasientene. Et eksempel på dette kan være når en sykepleier får beskjed om å avslutte en pågående og uferdig samarbeidsprosess med en pasient. En etisk bevisstgjøring av hva sykepleieren vurderer som nødvendig, men ikke får anledning til å gjøre, kan være krevende, men kan forebygge moralsk stress på sikt (5).

### **ANSVAR KONTRA MYNDIGHET**

Det er viktig for profesjonsutøvere å ha samarbeidsrelasjoner der enkeltpersoners ideer blir utfordret og ivaretatt og får utvikle seg i fellesskap (6). Samhandlingsreformen (7) har ført til at profesjonsutøvere ved et DPS må samarbeide med mange aktører og etater. Hensikten med tverrprofesjonelt, tverrfaglig og tverretatlig samarbeid innen psykisk helsearbeid er å bygge dette samarbeidet på et felles verdigrunnlag. Likevel kan profesjonsutøvere synes at det er krevende og komplekst (8, 9). Det å kjenne på et personlig ansvar i møte med pasienter, kan noen ganger danne grunnlag for etiske dilemmaer og problemer (8). Sykepleiere har ansvar for sine beslutninger, men i samarbeidssituasjoner har de ikke alltid myndighet til å handle. Ansvar og myndighet kan knyttes både til person og systemer (2).

Hensikten med studien er å undersøke hvordan etisk refleksjon i veiledning kan bidra til å øke bevisstgjøring og forebygge moralsk stress.

Vi vil belyse to forskningsspørsmål:

- Hva kan være tema i en veiledningsgruppe som helt konkret stiller spørsmål om etiske utfordringer og samarbeid?
- Hvordan kan veiledning bidra til etisk bevisstgjøring og refleksjon i tverrprofesjonelt og tverretatlig samarbeid?

### **METODE**

#### **DESIGN, DATASAMLING OG OPPMERKSOMHET I VEILEDNINGENE**

Studien har en kvalitativ tilnærming og et beskrivende og utforskende design. Vi samlet inn data fra to fokusgruppeintervjuer à 90 minutter. Det første holdt vi i juni 2013 før vi hadde

åtte gruppeveiledninger à 90 minutter. Det siste holdt vi i august 2014 etter gruppeveiledningene. Fokusgruppeintervju er en egnet intervjumetode når man ønsker synspunkter og meninger om et gitt tema. Den felles samtalen kan utløse flere refleksjoner og assosiasjoner for å belyse praksis og dermed bidra til et mer fyldig datamateriale enn individuelle intervjuer (10). Annenforfatter ledet fokusgruppeintervjuene. Til intervjuene benyttet vi digital lydopptaker. Førsteforfatter, som også var gruppeveileder, transkriberte opptakene ordrett.

Etter beskrivelser av en praksissituasjon og refleksjoner rundt denne i hver veiledning, stilte veileder to faste refleksjonsspørsmål:

- Hva tenker du var kjernen i den etiske utfordringen i situasjonen som ble lagt fram?
- Hva tenker du var hovedutfordringene i samarbeid knyttet til denne situasjonen?

Veileders fortløpende stikkordspregete loggboknotater etter veiledningstidene er også en del av datagrunnlaget, og tas inn i diskusjonen.

## **UTVALG**

Vi inviterte den samlede staben av i alt ni psykiatriske sykepleiere ved et DPS til å delta i studien. Alle svarte ja til å delta. Deltakerne var ansatt ved samme arbeidssted og hadde dermed mange felles utfordringer i det daglige arbeidet. Det å ha et felles utgangspunkt kan gi godt utbytte av veiledningen (1). Sju av deltakerne var tilknyttet senterets allmennpsykiatriske poliklinikk mens to var tilknyttet ruspoliklinikken. Deltakerne hadde arbeidet som psykiatrisk sykepleier ved senteret i mer enn ti år.

## **ETISKE ASPEKTER**

Tilbudet om å delta i veiledning og fokusgruppeintervju ble klarert med deltakernes leder. Fordi veiledningen var en del av et forskningsprosjekt ved vår høyskole, ble den gitt vederlagsfritt av førsteforfatter. Alle deltakerne mottok skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet og ga skriftlig samtykke til deltakelse. Vi har ikke nedtegnet persondata knyttet til deltakerne, deres samarbeidspartnere og/eller pasienter og pårørende. Det er kun samarbeidssituasjonenes faglige og etiske innhold som har vært beskrevet og analysert. Norsk senter for forskningsdata (NSD) stilte ikke krav om meldeplikt for studien.

## **ANALYSE**

Vi har anvendt en hermeneutisk-fenomenologisk metode for å analysere teksten. Med denne metoden ønsket vi å forstå og beskrive sykepleierens subjektive opplevelser av sin arbeidshverdag. Som forskere har vi søkt etter mening og forståelse gjennom en fortolkende prosess: Vi leste først teksten så åpnet og fordomsfritt som mulig. Deretter gjennomførte vi en strukturell analyse før vi formulerte en helhetsforståelse (11).

Ved første gjennomlesninger tilstrebet vi å ha et åpent sinn og å la oss berøre av teksten. Gjentatte gjennomlesninger ledet oss fram mot en strukturell analyse. Den strukturelle analysen foregikk ved at vi identifiserte utsagn som knytter deltakernes opplevelser sammen i fire meningsbærende temaer. Helhetsforståelsen springer ut fra deltakernes beskrivelser av ulike samarbeidssituasjoner.

Første- og andreforfatter gjorde hovedarbeidet med analysen. Tredjeforfatter var deltaker i fokusgruppeintervju og veiledningsgruppen. Hun har senere deltatt i forskningsprosessen ved å lese gjennom og gi kommentarer.

## **RESULTATER**

Her presenterer vi først forskernes helhetsforståelse av etiske utfordringer som deltakerne i

studien beskriver. Helhetsforståelsen har vi samlet i et utsagn som ble brukt av flere i intervjuene. Utsagnet er: «Det gjør noe med meg på pasientens vegne». Deretter beskriver vi studiens resultater fra den strukturelle analysen gjennom fire meningsbærende temaer.

Utsagnet som belyser helhetsforståelsen i studien, ble brukt av deltakerne for å beskrive situasjoner der de ikke vurderte tilbudet til pasienter som godt nok. De ga uttrykk for bekymringer for at pasienter ikke fikk nødvendig helsehjelp innen rimelig tid. Utsagnet var også knyttet til opplevelsen av at hjelpen som ble tilbudt pasienten, ikke var god nok. En deltaker sa følgende om hvordan det kan oppleves å ikke få forståelse fra ledelsen i slike situasjoner:

«Vi sitter fattigslige tilbake noen ganger. Pasienter lider. Behandling hjelper ikke. Når jeg tar det opp, sier de: ?Hva vil du ha svar på? Det er bare å avslutte!? Jeg ber bare om å diskutere hva som er bra.»

### **TEMA 1: SPENNET MELLOM FAGLIGE OG ETISKE DILEMMAER**

«Pasientvurderinger er å bevege seg bort fra etikken – det blir mer vurderinger og diagnoser.»

Sitatet ble gitt av en deltaker som beskrev erfaringer med å leve i spennet mellom faglige og moralske dilemmaer i pasientmøter. På den ene siden følte deltakerne seg faglig forpliktet til å følge rådende retningslinjer. På den andre siden kjente de på lojalitet til å ivareta pasienten på en etisk god måte. En deltaker sa følgende:

«Prioriteringer handler om å avvise pasienten – det gir skamfølelse og berører eksistensielle spørsmål.»

Deltakerne fortalte om møter med pasienter som berørte dem personlig. Samtidig følte de seg forpliktet til å ta hensyn til krav i behandlingssystemet, som de også var en del av. Et utsagn var som følger:

«Jeg blir ofte berørt, og de gangene jeg blir det, så har jeg et godt redskap. Når jeg ikke blir berørt; det er de jeg bruker mest tid på i veiledning.»

Følelsesmessige opplevelser som tristhet, selvusikkerhet, usikkerhet om hvorvidt de var gode nok, skamfølelse og det at de ikke fikk anledning til å tilpasse sykepleien til den enkelte pasient, ble tematisert. De uttrykte følelse av ikke å strekke til og vise medmenneskelighet samt manglende tid til å gå i dybden som både etiske og faglige dilemmaer.

Deltakerne følte de hadde et godt faglig grunnlag for å vurdere hva de mente var nødvendig for pasientene de hadde ansvar for. Denne vissheten kunne gi utfordringer når de måtte følge ledelsens ønsker og krav. Her er to utsagn som viser dette:

«Dårlig samvittighet for ikke å ha gjort det du skulle.»

«Jeg er fortvilet over det jeg ikke får gjort og ikke får lov til å gjøre. Noen ganger gjør jeg det i hemmelighet.»

I henhold til deltakerne ble etiske spørsmål verken tilstrekkelig tematisert eller prioritert i arbeidshverdagen. Deltakerne kjente seg ofte alene i etiske spørsmål. En sa følgende:

«Etikken og etiske spørsmål høres fint ut som pynt og glasure. De gangene jeg har tatt i temaet, har jeg sittet fattigslig tilbake.»

## **TEMA 2: Å VÆRE I SKVIS MELLOM MENNESKET OG BEHANDLINGSSYSTEMET**

Deltakerne beskrev hvordan rammene for den hjelpen de skal bidra med, er blitt mindre. De møter pasienter med store utfordringer, men opplever at systemene i spesialisthelsetjenesten og førstelinjen ikke ivaretar helheten og har knappe tidsressurser. En deltaker setter ord på opplevelsen av ikke å kunne imøtekomme pasienten på grunn av trange rammer:

«Pasienten faller utenfor. Rammene passer ikke verden.»

Deltakerne viet stor oppmerksomhet til situasjoner der de måtte henvise til et tilbud på et annet behandlingsnivå, når de visste at tilbudet ikke fungerte eller ikke eksisterte. Uttrykk som «å være vitne til», «avslutte til hva?» og «å kjenne på skam» ble brukt om slike erfaringer.

De opplevde flere etiske dilemmaer. Ett eksempel var behandlingssystemets retningslinjer som ikke var tilpasset enkeltpasienters behov for tid og tempo. Et annet eksempel var at behandlingen skulle være rask og effektiv:

«Å utfordre pasienten i et godt tempo – ikke bare kjøre henne inn i en eksponeringsterapi! Det ville være uetisk.»

Deltakerne brukte forholdet mellom profesjonsutøvere og systemer til å belyse etisk refleksjon i teamsamarbeidet. Deltakerne hadde her ulike erfaringer. Noen ga uttrykk for at etisk refleksjon var fraværende i samarbeidet. Andre hadde erfaring med at etisk refleksjon var en del av det daglige teamsamarbeidet.

## **TEMA 3: SAMARBEIDETS UTFORDRINGER**

Deltakerne beskrev etiske utfordringer relatert til samarbeidssituasjoner der de som sykepleiere mente at det var for stor avstand mellom behandlingsbehov og behandlingstilbud. De fortalte også om samarbeidssituasjoner der de mente at pasienters verdighet og autonomi ikke ble godt nok ivare tatt. De beskrev situasjoner der taushetsplikten hindret en terapeutisk åpenhet. De tematiserte behovet for raske og smidige intervensjoner i stedet for saktegående og regelbundne systemer. En beskrev hvordan for stramme regler kan gi mindre handlingsrom:

«Når det blir satt på strekk, er rommet mindre.»

Dette anliggendet hadde de felles med flere profesjonsgrupper i teamet de tilhørte. De etiske problemstillingene i ulike samarbeidssituasjoner var profesjonsuavhengige ifølge deltakerne, som følgende utsagn viser:

«Det er jo personer i systemene ... De rigide finnes overalt i alle fag.»

Deltakerne beskrev etisk utfordrende situasjoner når taushetsplikten kom i veien for nødvendig terapeutisk åpenhet. Et eksempel på dette var en pasient som ikke ønsket at fastlegen skulle få vite at han ble behandlet for rusavhengighet på DPS.

## **TEMA 4: VEILEDNINGENS BETYDNING FOR ETISK BEVISSTGJØRING OG OPPLEVELSE AV**

## MOT

Deltakerne ga uttrykk for at veiledningen hadde positive virkninger, som for eksempel det å kjenne seg mer modig og bli mer bevisst egne verdier. Andre eksempler var at de ble mer reflekterende og tydelige, spesielt når det oppsto uenighet i samarbeidet:

«Å konkretisere etiske dilemmaer kan bidra til å påvirke systemet – systemverden. Veiledningen har gitt mot.»

Deltakerne opplevde den systematiske og konkrete etiske refleksjonen i veiledningen som praktisk og konkret. Dette bidro til verdiavklaring av egen profesjonsrolle og det moralske ansvaret de hadde overfor pasientene. Enkelte kjente på skamfølelse når de ikke strakk til, både når det gjaldt egne verdier, pasientenes behov og behandlingssystemets krav.

Bevisstgjøring av egne verdier i en samhandlingssituasjon er sannsynligvis også viktigere enn å finne klare svar. En deltaker sa følgende:

«Et dilemma er jo uløselig – og da er det vanskelig å komme med gode svar! Det som har vært etterspurt: Hva er kjernen i utfordringen her? Det synes jeg er bra. Da må vi tenke! Og det er ikke lett å gi svar.»

Et annet tema var at det å ta opp saker «bak andres rygg», som i en veiledningsgruppe der den andre parten ikke var til stede, i seg selv kunne være sårbart og kjennes som et etisk dilemma.

## DISKUSJON

Studiens helhetsforståelse «Det gjør noe med meg på pasientens vegne» kan tolkes som et uttrykk for at sykepleierne tar inn over seg og bryr seg om pasientens uheldige opplevelser i møte med behandlingssystemer. Deltakernes beskrivelser av sin praksis bekrefter at de er ekspertsykepleiere (12) ved at de samarbeider med pasienten ut fra et intuitivt klinisk skjønn og med stor grad av fleksibilitet (3). De beskriver også hvordan disse egenskapene kolliderer i møte med begrensende rammer og retningslinjer.

Uttrykket «på pasientens vegne» kan forstås som et uttrykk for verdier som handler om sykepleiernes personlige og faglige ansvar og forpliktelser i møte med den enkelte pasienten. Generelle grunnleggende verdier i sykepleie er nettopp knyttet til det enkelte menneskets liv og iboende verdighet (13). Deltakerne beskriver hvordan individuell tilpasning av tiltak ofte tilsesettes til fordel for mer generelle tiltak. Eksempler på individuell tilpasning var hensiktsmessige tidsrammer og tempo i samarbeidet med for eksempel en ungdom som trenger god tid til å bygge opp en trygghet til sykepleieren.

Etiske dilemmaer kunne oppstå ved at klinisk skjønn og ønsker for pasienten kom i konflikt med systemer som hindret sykepleierne i å oppfylle den enkeltes behov. Slik individuell tilpasning kan betegnes som «skreddersøm», mens «konfeksjon» kan brukes om tiltak som passer for en gruppe pasienter med samme diagnose (14).

## OPPLEVELSE AV MORALSK STRESS OG SKAM

Sykepleierne i denne studien kunne oppleve moralsk stress ved å arbeide i systemer som begrenser dem i å handle i samsvar med sitt ansvar og sin forpliktelse (15). Moralsk stress skiller seg fra andre former for stress. Stressformen kjennetegnes ved at profesjonelle forpliktelser og profesjonell integritet krenkes samtidig som man hindres i å utføre etisk passende handlinger (15).

Deltakerne i studien opplevde å bli hindret i å utføre den sykepleien de vurderte som nødvendig og i tråd med grunnleggende omsorgsverdier. Dette ga dem en følelse av skam. Skam knyttes til selvet eller til hvem vi ønsker å være (16). Vi kan få skamfølelse når vi opplever å være delaktige i tiltak som strider mot idealene vi har med oss fra utdanningen, og som vi ønsker å leve opp til (17). Deltakerne assosierer skam og eksistensielle spørsmål til prioriteringer som førte til at de måtte avvise pasienter. Lojaliteten til det som er nødvendig for pasienten, ser ut til å veie tungt i deltakernes faglige og etiske overveielser.

En deltaker hevdet at «etisk refleksjon bidrar til å hindre at livsverden blir kolonisert av systemverden». Utsagnet kan forstås som en opplevd verdikonflikt når egne verdier blir motarbeidet i samhandlingssituasjoner der de står fram på pasientens vegne. Arbeid med etisk bevisstgjøring i veiledning kan ha vært en motvekt mot strukturell makt som bemyndiger profesjonsutøvere (18). I veiledning vil det være nødvendig å bevisstgjøre at både livsverden og systemverden tematiseres og nyanseres når sykepleierne skal oppnå en god problemavklaring og finne gode handlingsalternativer (19). Selv om rammebetingelser kan motarbeide det samvittigheten og yrkesetikken sier, vil det å bevisstgjøre det moralske ansvaret i enhver situasjon gjøre sykepleierne mer aktsomme og årvåkne (20).

### **ETISKE UTFORDRINGER**

Når handlingsrommet ble for trangt, håndterte deltakerne enkelte ganger sine etiske utfordringer, eller den skvisen de var kommet i, ved å holde tiltak hemmelige for samarbeidspartnere. Det kan være en måte å ta tilbake makten på i en kontekst der maktstrukturer definerer hva behandlingen til en pasient skal bestå i. En slik håndtering av de etiske utfordringene kan imøtekomme pasientens behov og redusere sykepleiernes opplevelse av å være i en skvis.

Ut fra en mer helhetlig og samfunnsmessig argumentasjon kan en slik håndtering av etisk utfordrende situasjoner komme til å underminere viktige faglige og etiske begrunnelser for det pasienter trenger. Hvis samtaler om etiske utfordringer, valg og beslutninger er en del av profesjonsutøveres arbeidshverdag, kan de bli et tverrfaglig og tverrprofesjonelt felleseie. På sikt kan dette komme flere pasienter til gode (21).

### **DÅRLIG SAMVITTIGHET NÅR DE IKKE KAN ETTERLEVE FORPLIKTELSEN**

Fenomenene «ansvar» og «plikt» ser ut til å representere viktige omsorgsverdier for sykepleierne i denne studien. Måten de beskriver sin ansvarsfølelse på, kan forstås som en kombinasjon av faglig ansvar slik det er nedfelt i lovverket (22) og yrkesetiske retningslinjer (13), og et personlig opplevd ansvar som kan forstås som et individuelt og eksistensielt begrunnet ansvar (20).

Når deltakerne opplever at de ikke kan etterleve sin forpliktelse, kjenner de på fortvilelse og dårlig samvittighet. De beskriver det som å være vitne til noe de vurderte som for dårlig eller feil for den enkelte pasienten. Den opplevde skvisen kan forstås som et gap mellom det de mener er godt og riktig for en pasient, og det som faktisk tilbys. Å være vitne til noe kan være å se på noe uten å kunne leve opp til sitt ansvar og sin plikt. Det kan forklare noe av bakgrunnen for samvittighetsnaget som kom til uttrykk i flere av veiledningstimene og i fokusgruppeintervjuene.

### **UTFORDRINGER MED SAMARBEID**

Studiens andre forskningsspørsmål etterspør hvordan veiledning kan bidra til etisk bevisstgjøring og refleksjon i tverrfaglig og tverretatlig samarbeid. Deltakerne vektlegger betydningen av veiledningens mulighet til fokusert ettertanke om etikk og samarbeid som viktigere enn det å finne klare svar. Dette stemmer med andre beskrivelser av ekspertsykepleieres opplevelser og behov i veiledning (8).

Resultatene fra fokusgruppeintervjuene stemmer overens med temaene i veiledningsgruppen. De er for det meste beskrivelser av utfordringer knyttet til systemer og rammer, enn til personer deltakerne hadde sitt daglige samarbeid med. Deltakerne beskriver det som et etisk dilemma «å gå bak noens rygg», og ønsket derfor ikke å tematisere samarbeidssituasjoner fra det tverrprofesjonelle teamet de arbeidet i til daglig. Veiledning i team, sammensatt av ulike profesjoner som samarbeider om behandlingen til pasienter, kunne åpnet opp for flere og mer nyanserte perspektiver (23) enn veiledningsgrupper sammensatt av bare én profesjon.

## **REFLEKSJON I VEILEDNING**

I denne studien søkte vi å avgrense hva vi fokuserte på i veiledningen ved å bruke to faste refleksjonsspørsmål til fortellingene fra praksis. Det ene hadde søkelyset på kjernen i den etiske utfordringen i situasjoner fra praksis. Denne avgrensingen i veiledningens tema kan gjøre veiledning både mer målrettet og mer målbar (1). Muligheten til å tenke avgrenset og fokusert ble verdsatt av deltakerne.

En deltaker beskriver at refleksjoner i veiledning knyttet til etikk og samarbeid har gitt vedkommende mot til å påvirke systemene. Mot kan knyttes til egenskaper som styrke, tapperhet og dristighet (24). På den måten kan vi antyde at veiledning som har oppmerksomheten rettet mot refleksjon over etiske utfordringer og samarbeid, kan medvirke til et friere handlingsrom.

Veiledning kan beskrives som «ettertankens rom», der vi ser på praksis i etterpåkløskapens lys, og som kjennetegnes av at profesjonsutøvere får tid og anledning til å tenke sakte (8). Klinisk praksis, der møter med pasienter og samarbeidet foregår, er derimot preget av raske instinktive og emosjonelle vurderinger og beslutninger (25). Vi kan bruke begrepet «langsom tenkning» om den formen for etisk bevisstgjøring som foregikk i veiledningen i denne studien (25). Begrepet innebærer en mer langsom og refleksiv prosess enn når vi står midt i komplekse og krevende praksissituasjoner. I en veiledningsgruppe kan veileder legge til rette for at profesjonsutøvere langsomt går gjennom etisk utfordrende situasjoner fra praksis. Den langsomme gjennomgangen gir god tid til ettertanke. Det kan bidra til at profesjonsutøveren tar høyere integrerte, bevisste og moralske valg (2), som skaper mot.

## **STUDIENS BEGRENSNINGER**

Denne studien fokuserer på å beskrive hvordan sykepleiere kan reflektere over etiske utfordringer i samarbeidet med pasient og behandlingssystem. En slik refleksjon kan føre til økt bevissthet om etiske verdier. Resultatene i studien kan ha blitt påvirket av at deltakerne i studien kom fra samme arbeidssted og veilederen hadde en dobbeltrolle som forsker og fagperson. Nærhet til forskningsfeltet er nyttig, men kan også være en svakhet og krever bevisst refleksjon om egen forforståelse (26). Hvis resultatene skal være nyttige for andre, må fortolkningene i studien gi gjenkjenning og mening i leserens livsverden. I tillegg må resultatene brukes for å forbedre praksis.

## **KONKLUSJON**

Samarbeid kan beskrives som et samspill der enkeltpersoners verdier trues av ulike systemer. Systemverden kan komme til å stå i motsetning til og påvirke enkeltpersoners verdier og normer for god praksis og påføre profesjonsutøvere smerte. Når veiledning fokuserer konkret på refleksjon over etiske dilemmaer i tverrprofesjonelt og tverretattlig samarbeid, ser det ut til at det blir tydeligere for den profesjonelle hvilke verdivalg de står overfor. Bevisstgjøring i veiledning kan hjelpe den enkelte profesjonsutøver til å få mot til å artikulere og tydeliggjøre viktige etiske omsorgsverdier i praksis. At mot kan være et resultat

av etisk bevisstgjøring i veiledning, er både en ny og interessant erfaring å ta med seg videre i forskningen.

## REFERANSER

1. Dilworth S, Higgins I, Parker V, Kelly B, Turnes J. Finding a way forward: A literature review om current debates around clinical supervision. *Contemporary Nurse* 2013;45:22–2.
2. Berggren I, Barbosa da Silva A, Severinsson E. Core ethical issues of nursing supervision. *Nursing and Health Sciences* 2005;(7):21–8.
3. Karlsson B, Kim SH. Sykepleie i kommunalt helse- og rusarbeid. Forskningsrapport nr. 16/2015. Senter for psykisk helse og rus: Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Tilgjengelig fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/298288/Forskningsrapport%20IFPR%2016-2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (nedlastet 30.03.2017).
4. Nordtvedt P, Grimen H. Sensibilitet og refleksjon. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2004.
5. Hummelvoll JK, Severinsson E. Factors influencing job satisfaction and ethical dilemmas in acute psychiatric care. *Nurs Health Sci* 2001;3:81–90.
6. Aasland DG, Eide SB. Samarbeid og etikk: Jeg, vi og den andre. I: Aasland DG, Eide SB, Grelland HH, Kristiansen A, Sævareid HI og Aasland DG. *Fordi vi er mennesker; en bok om samarbeidets etikk*. Fagbokforlaget, Bergen. 2011.
7. Samhandlingsreformen. Helse- og omsorgsdepartementet. 2012. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen/id680424/> (nedlastet 19.04.2017).
8. Vråle GB. Veiledning når det røyner på .... Gyldendal Akademisk, Oslo. 2015.
9. Just E, Nordentoft HM. Tverrfaglig praksis. Hans Reitzels Forlag, København. 2012.
10. Lerdal A, Karlsson B. Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning* 2008; 3(3):172–5. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/02/bruk-av-fokusgruppeintervju> (nedlastet 30.03.2017).
11. Lindseth A, Nordberg AA. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scand J Caring Sci* 2004;145–53.
12. Benner P. *Fra novise til ekspert*. Tano, Oslo. 1995.
13. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler. 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> (nedlastet 19.04.2017).
14. Kinn LG, Ekeland T-J, Byrkjeflot H. Psykisk helsearbeid: konfeksjon eller skreddersøm? *Tidsskrift for velferdsforskning* 2012;15:23–6.
15. Lamiani G, Borghi L, Argentero P. When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. *Journal of Health Psychology* 2015; July28:1–17.
16. Mesel T. Når noe går galt. Fortellinger om skam, skyld og ansvar i helsetjenesten.

Cappelen Damm, Oslo. 2014.

17. Martinsen K. Evidens – begrensende eller opplysende? I: Martinsen K, Eriksson K. Å se og å innse. Om ulike former for evidens. Akribe, Oslo. 2009.
18. Ulvestad KA. Makt i og rundt veiledningsrommet I: Ulvestad KA og Kärki FU. (red). Flerstemt veiledning. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2012.
19. Thorning M. Magt i sygepleiefaglig vejledning. Klinisk Sygepleje 1995;6:275–82.
20. Lingås LG. Etikk og verdivalg i helse og sosialfag. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2008.
21. Vråle GB. Profesjonelle hemmeligheter – faglig felleseie? Klinisk Sygepleje 2010;3:14–22.
22. Lovdata. Lov om helsepersonell. 2 juli 1999; nr. 4. [Helsepersonelloven]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 30.03.2017).
23. Ulvestad KA. Den umulige profesjonen. I: Ulvestad KA og Kärki FU. (red). Flerstemt veiledning. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2012.
24. Oterholt F. Begrepet mot – en semantisk analyse. Klinisk Sygepleje 2011;2:17–27.
25. Kahneman D. Thinking, fast and slow. Farrar, Straus and Giroux, New York. 2011.
26. Coughlan D, Cassey M. Action research from the inside. Issues and challenges in doing research in your own hospital. J Adv Nurs 2001;35:674–782.