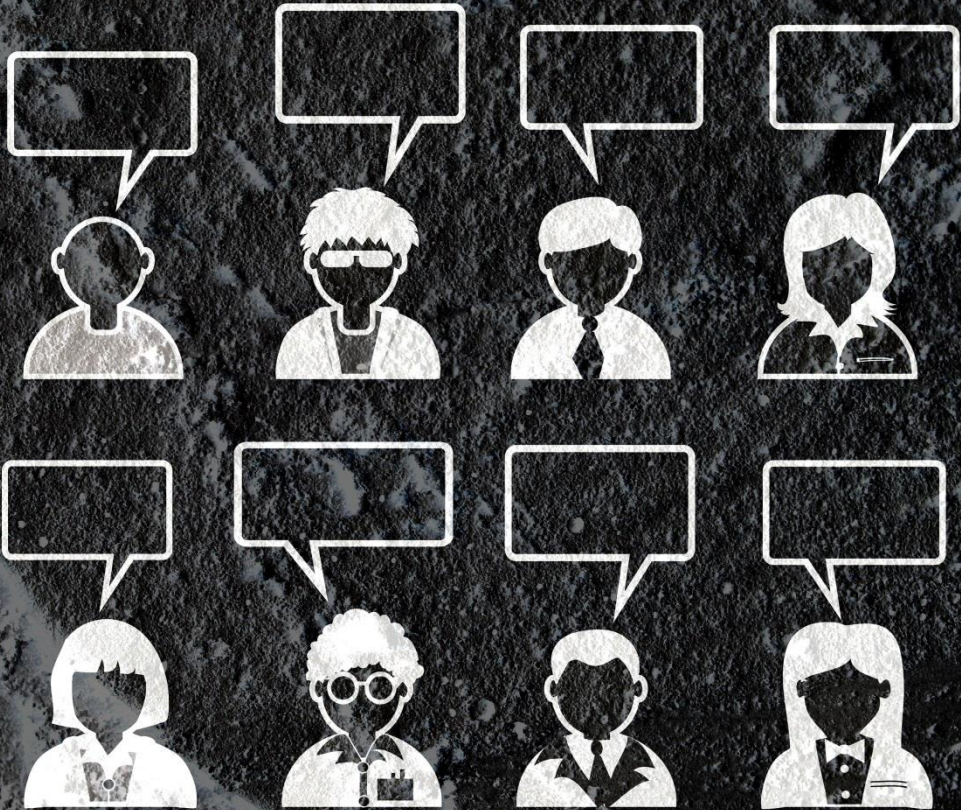




UiO : **Institutt for helse og samfunn**
Det medisinske fakultet



Systematisk etikkrefleksjon gjør en forskjell

Et ressurshefte for etikkrefleksjonsgrupper i psykisk helsevern

Marit Helene Hem,
Bert Molewijk og Reidar Pedersen
Senter for medisinsk etikk

Systematisk etikkrefleksjon gjør en forskjell

Et ressurshefte for etikkrefleksjonsgrupper i psykisk helsevern
av Marit Helene Hem, Bert Molewijk og Reidar Pedersen

Copyright © 2017

Universitetet i Oslo – Senter for medisinsk etikk

ISBN 978-82-93544-03-6 (Trykt)

ISBN 978-82-93544-04-3 (PDF)

Illustrasjonsbilde: Colourbox

Layout: Anbjørg Kolaas

Spørsmål om dette heftet kan rettes til:

Senter for medisinsk etikk, UiO

Postboks 1130 Blindern

0318 Oslo

Tlf: 22 85 05 50

Epost: info-etikk@helsam.uio.no

www.med.uio.no/etikk-helsetjenesten

Innhold

Forord.....	1
1. Innledning.....	3
2. Psykiske helsetjenester, etikk og tvang (PET).....	6
2.1 PET-prosjektet – bakgrunn, målsettinger, aktiviteter og hovedfunn.....	6
2.2 Etiske utfordringer i de psykiske helsetjenestene med et spesielt fokus på tvang.....	11
3. Systematisk etikkrefleksjon.....	23
3.1 Hva er etikk?.....	23
3.2 Hva er etikkrefleksjon?.....	24
3.3 Annen forskning om betydning av etikkrefleksjon.....	28
3.4 Teori om etikkrefleksjon.....	31
3.5 Modell for systematisk etikkrefleksjon.....	34
3.6 Dialog, trygghet og kjøreregler i etikkrefleksjon.....	39
4. Hvilken betydning hadde systematisk etikkrefleksjon i PET-prosjektet?.....	44
4.1 Kvantitativ evaluering av etikkrefleksjonsgrupper.....	44
4.2 Kvalitativ evaluering av etikkrefleksjonsgrupper.....	48
5. Hvordan starte opp og gjennomføre etikkrefleksjonsgrupper?.....	59
5.1 Innledning.....	59
5.2 Ta avgjørelse om igangsetting av etikkrefleksjonsgrupper.....	60
5.3 Forberedelser som må gjøres før igangsetting av etikkrefleksjonsgrupper.....	61
5.4 Gjennomføring av etikkrefleksjonsgrupper.....	64
6. Opplæring av etikkveiledere.....	75

6.1 Beskrivelse av hva vi har gjort.....	75
6.2 Positive og utfordrende erfaringer sett med etikkveiledernes øyne	79
6.3 Evaluering av opplæringsprogrammet	83
6.4 Oppsummering og anbefalinger angående opplæring av etikkveiledere.....	85
7. Avslutning.....	87
Referanser	88
Vedlegg 1 Referansegruppen i PET-prosjektet.....	93
Vedlegg 2 Dilemmametoden for etisk refleksjon	94
Vedlegg 3 Sokratisk dialog som metode for etisk refleksjon.....	95
Vedlegg 4 Artikler fra PET-prosjektet.....	96

Forord

Dette ressursheftet er utviklet av forskere ved Senter for medisinsk etikk (SME) ved Universitetet i Oslo. SME har gjennom en årrekke arbeidet med etikk i helsetjenesten. To viktige satsinger har vært utviklingen av Kliniske etikk-komiteer (KEK) som nå alle helseforetak er pålagt å ha,¹ samt Etikk i kommunehelsetjenesten (EIK).² På bakgrunn av at vi så behovet for en etikksatsing i psykisk helsevern, fikk vi – takket være økonomisk støtte fra Helsedirektoratet i en lengre periode (2011-2016) – muligheten til å sette fokus på etiske problemstillinger i de psykiske helsetjenestene. Prosjektet fikk navnet Psykiske helsetjenester, etikk og tvang (PET), og det har blitt ledet av Reidar Pedersen. Øvrige medarbeidere i prosjektet har vært Reidun Norvoll, Bert Molewijk, Marit Helene Hem, Tonje Lossius Husum, Reidun Førde, Olaf Gjerløw Aasland, Elisabeth Gjerberg, Lillian Lillemoen, Elin Håkonsen Martinsen, Bente Weimand, Irene Syse og Anders Tvedt.

Fokuset i dette heftet er et stort delprosjekt som handlet om å igangsette, følge opp og evaluere systematisk etikkrefleksjon i de psykiske helsetjenestene, som ble gjennomført i perioden 2012-2014. Forsker Bert Molewijk, som har bakgrunn fra tilsvarende arbeid i Nederland, og forsker Marit Helene Hem, som har erfaring fra forskning i psykisk helsevern, har hatt hovedansvaret for delprosjektet. Det har innebåret samarbeid med tjenestesteder innenfor psykisk helsevern som har ønsket å sette i gang med systematisk etikkrefleksjon. Følgende regionale helseforetak har deltatt: Akershus Universitetssykehus HF, Divisjon for psykisk helsevern (Avdeling akuttpsykiatri, Avdeling spesialpsykiatri, BUP Nedre Romerike, Ungdomspsykiatrisk Klinikk og DPS Nedre Romerike), Sykehuset Telemark HF, Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling (Seksjon for akuttpsykiatri og Seksjon for rehabilitering) og Diakonhjemmet Sykehus AS (Alderspsykiatrisk avdeling).

¹ www.med.uio.no/etikk-helsetjenesten/spesialisthelsetjenesten/nasjonalt-mandat-kliniske-etikkomiteer-helseforetak.pdf

² www.med.uio.no/etikk-helsetjenesten/kommunehelsetjenesten

Et annet viktig delprosjekt i PET-prosjektet fokuserte på pasienters og pårørendes syn på medvirkning og tvang. Resultater fra det prosjektet er beskrevet i et eget hefte (Norvoll og Pedersen 2017).

Vi ønsker å takke Helsedirektoratet, Avdeling psykisk helsevern og rus, spesielt Arne Johannesen (nå Sykehuset Telemark HF) og Karin Irene Gravbrøt, alle samarbeidspartnerne våre på tjenestestedene, både ledere, koordinatore, fasilitatorer³ og alle som har deltatt i de mange etikkrefleksjonsgruppene som ble gjennomført på de avdelingene og seksjonene som var med i prosjektet samt alle ansatte som besvarte spørreskjemaer og deltok i PET-prosjektets referansegruppe – se vedlegg 1 – for gode innspill underveis.

Oslo, 28. april 2017

Marit Helene Hem, Bert Molewijk og Reidar Pedersen

³ Dette er betegnelsen vi brukte på de deltakerne i PET-prosjektet som fikk opplæring i å drive systematisk etikkveiledning i grupper på sine arbeidssteder. Å fasilitere betyr å lede gruppeprosesser med det mål å få samhandlingen i gruppen til å fungere, i dette tilfelle samhandling og dialog om etiske problemstillinger deltakerne står overfor i klinisk praksis. Vi kommer til å bruke begrepet «etikkveileder» i dette heftet.

1. Innledning

Helsepersonell i de psykiske helsetjenestene står overfor mange etiske utfordringer. En etisk utfordring oppstår når det er tvil, usikkerhet eller uenighet om hva som er riktig og godt å gjøre. Bruk av tvang og makt, prioriteringer og samhandling er viktige eksempler. Mange situasjoner kan være komplekse og uoversiktlige, og det kan være vanskelig å sette ord på hva som står på spill. Gjennom systematisk etikkrefleksjon kan helsepersonell få hjelp til systematisk analyse av problemet og finne løsningsalternativ, og å utvikle et etisk språk for utfordringene de møter. Når man reflekterer over de utfordringene man møter i det daglige arbeidet, både individuelt og i teamet, blir en mer bevisst sin egen forståelse, sine holdninger og handlinger. Etikkrefleksjon kan også bidra til læring og erfaringsutveksling, at man finner nye løsninger, utvikler en bedre praksis og lærer seg å samarbeide bedre. Refleksjon – i betydningen betrakte, erkjenne, fundere, gjennomtenke, grunne over – er en vesentlig egenskap ved all fagutvikling og profesjonell kompetanse (Argyris og Schön 1974; Mann, Gordon og MacLeod 2009; Schön 1983).

De siste ti-femten årene har bruk av tvang i de psykiske helsetjenestene fått økende oppmerksomhet og oftere blitt kritisert. PET-prosjektet har hatt et spesielt fokus på de mange komplekse etiske utfordringer som er knyttet til bruk av tvang i de psykiske helsetjenestene. Vi har hatt en bred forståelse av begrepet «tvang» og inkludert både formell, uformell og opplevd tvang. Bruk av tvang begrenser pasientens⁴ selvbestemmelse (autonomi) og mulighet til medvirkning. Tvang brukes i helsetjenesten for å hjelpe – pasienten eller andre – men resultatet kan være mer til skade enn til gagn. Tvang kan også utfordre helsepersonells rolleforståelse og oppfatninger av hva god omsorg og behandling er. Derfor er bruk av tvang en komplisert moralsk virksomhet som bør belyses systematisk.

⁴ I heftet bruker vi begrepet «pasient» om personer som mottar hjelp og tjenester fra helsetjenesten. Begrepet «pårørende» anvendes om personer som utgjør en viktig del av pasientens nettverk som familie, venner, naboer, kolleger etc.

Selv om hovedfokuset i PET-prosjektet har vært tvang i psykisk helsevern, har vi sett at den systematiske etikkrefleksjonen i refleksjonsgrupper også kan benyttes i møte med andre etiske utfordringer og i andre deler av tjenestene.

Målgruppen for dette heftet er derfor alle ansatte i de psykiske helsetjenestene såvel som i andre deler av helsetjenesten som arbeider med eller er ansvarlig for ulike former for systematisk etikkarbeid. Det kan være ledere og medlemmer av KEK, etikkveiledere for etikkrefleksjonsgrupper, ansatte som er ansvarlige for kvalitetssikring, ledere samt de som utdanner helsepersonell. Politikere og byråkrater innen helsefeltet kan også ha nytte av heftet. Fra kommunehelsetjenesten har vi sett at andre typer velferdstjenester har hatt nytte av systematisk etikkrefleksjon slik vi beskriver her.

Målsetning med dette heftet er å:

- Oppsummere PET-prosjektets erfaringer og funn vedrørende oppstart, gjennomføring og betydning av systematisk etikkrefleksjon i de psykiske helsetjenestene.
- Tilby praktisk veiledning for de som arbeider med systematisk etikkrefleksjon.

Heftet er et hjelpemiddel til bruk for etikkveiledere, men det er ikke en erstatning for opplæring av etikkveiledere. Heftet er heller ikke en lærebok i etikk. Tvert imot er det å betrakte som et praktisk rettet ressurshefte som er fundert på et systematisk evalueringsarbeid.

Heftets hovedtittel, «Systematisk etikkrefleksjon gjør en forskjell», oppsummerer essensen i prosjektet: Regelmessig og systematisk etikkrefleksjon bidrar til større forståelse for den etiske dimensjonen ved klinisk praksis, til bedre samarbeid og til økt bevissthet om bruk av tvang og bedre involvering av pasienter og pårørende. I helsetjenesten er det en tendens til at helsepersonell ikke deler med hverandre det de tenker på og opplever, slik forsidebildet viser. Derfor er systematisk etikkrefleksjon en god metode å bruke for å komme i dialog med kolleger, og den bidrar til at man oppdager nye perspektiver. Personer har ulike erfaringer,

tolkninger av fakta, overbevisninger og horisonter. Når man snakker sammen, vil perspektivene endre seg. Man blir oppmerksom på andre ting enn før. Fenomener og idéer om hva som er god praksis får nye farger og nyanser.

Heftet er inndelt på følgende vis: Innledningsvis presenteres PET-prosjektet kort før vi beskriver hva etikkrefleksjon er. Dernest følger en utførlig fremstilling av hvilken betydning systematisk etikkrefleksjon kan ha. De to siste kapitlene av heftet fokuserer på hvordan man kan starte opp og gjennomføre etikkrefleksjonsgrupper. En viktig forutsetning for å få dette til er opplæring av etikkveiledere. Det er tema for det siste kapitlet i heftet.

2. Psykiske helsetjenester, etikk og tvang (PET)

2.1 PET-prosjektet – bakgrunn, målsettinger, aktiviteter og hovedfunn

2.1.1 Bakgrunn

I Norge har man de siste ti årene hatt et stadig økende fokus på å øke frivillighet i det psykiske helsevernet, inkludert redusert og kvalitetssikret bruk av tvang. PET-prosjektet har blant annet vært en del av den nasjonale strategien for økt frivillighet i de psykiske helsetjenester (2012-2015). Før vi konsentrerer oss om delprosjektet om etikkrefleksjonsgrupper, skal vi kort presentere hele prosjektet.

2.1.2 Målsettinger

PET-prosjektet har hatt følgende overordnede målsettinger:

1. Redusert og riktigere bruk av tvang.
2. Bedre forståelse av etiske utfordringer som helsepersonell opplever ved pasient- og pårørendemedvirkning og ved bruk av tvang.
3. Bedre forståelse av pasientenes og pårørendes syn på medvirkning og tvang.
4. Bedre forståelse av hvordan sikre god håndtering av etiske utfordringer i praksis.
5. Bedre forståelse av hvordan sikre bedre beslutningsprosesser sammen med pasienten og pårørende.

Prosjektet har bidratt til å realisere disse målsettingene gjennom følgende delmål eller delprosjekt:

1. Oppsummere erfaringer og tidligere forskning om

- a. Ethiske utfordringer, med et spesielt fokus på medvirkning og tvang.
 - b. Hvordan slike utfordringer best kan håndteres.
2. Utforske pasienters, pårørendes og ansattes syn på pasientmedvirkning og bruk av tvang.
 3. Etablere, videreutvikle og evaluere arenaer for etisk refleksjon på arbeidsplassene (for eksempel etikkrefleksjonsgrupper og kliniske etikk-komiteer) blant annet basert på relevante erfaringer fra Nederland og i den norske helsetjenesten.
 4. Utvikle undervisningsmaterieell for håndtering av etiske utfordringer i de psykiske helsetjenestene.

Hovedfokus i dette heftet er delmål 3, mens delmål 2 er hovedfokus i det andre heftet (Norvoll og Pedersen 2017). Heftene er også viktige for å realisere delmål 1, og utgjør sammen med blant annet et nytt videre-/etterutdannings-/masteremne,⁵ en kortfilm (nettside kommer) og en ny lærebok om etikk i de psykiske helsetjenestene (Pedersen og Nortvedt 2017) de viktigste bidragene i forhold til delmål 4. PET-prosjektet har også resultert i en rekke vitenskapelige og populærvitenskapelige publikasjoner knyttet til de ulike delmålene.⁶

2.1.3 Utprøving og evaluering av etikkrefleksjonsgrupper i PET-prosjektet

En viktig – og samtidig kompleks og nyskapende – del av PET-prosjektet var å undersøke aktuelle virkemidler for å bedre håndteringen av etiske utfordringer ved bruk av tvang (delprosjekt 3 over). Det innebar blant annet at vi prøvde ut og evaluerte etikkrefleksjonsgrupper i praksis, og vi fokuserte spesielt på deres mulighet til å redusere og kvalitetssikre bruk av tvang. Det er resultatene fra denne utprøvingen som vi vil ta for oss i dette heftet.

⁵ www.uio.no/studier/emner/medisin/helsefag/SME4310

⁶ En oversikt over alle publikasjoner fra PET-studien finnes i vedlegg 4.

Etikkrefleksjonsgrupper er et tilbud til de ansatte om å ta opp aktuelle etiske problemstillinger de har opplevd å stå i i sitt kliniske arbeid med pasienter (Lillemoen og Pedersen 2013; Molewijk mfl. 2008a). Denne typen refleksjonsgruppe ble valgt ut fra positive erfaringer blant annet fra Nederland hvor forskning tyder på at etikkrefleksjonsgrupper kan bidra til økt bevissthet om riktig bruk av tvang og bedre håndtering av etiske utfordringer (Molewijk mfl. 2008b; Weidema mfl. 2013).

Det ble informert i ulike fora om dette delprosjektet, og slik knyttet man ved SME til seg ressurspersoner i de psykiske helsetjenestene som var interessert i å samarbeide om å etablere etikkrefleksjonsgrupper ved sine respektive arbeidssteder. Ved de tre helseforetakene (Ahus, Telemark og Diakonhjemmet) deltok totalt syv avdelinger med til sammen tjue enheter/poster. Det er godt over tusen ansatte på de ulike enhetene. Avdelingene gjenspeiler bredden i det psykiske helsevernet med DPS, BUP/UK, akutt, rehabilitering og alderspsykiatri. I løpet av høsten 2012 ble det gjennomført informasjons- og planleggingsmøter ved hver avdeling (til sammen syv møter) slik at man sikret så god informasjon som mulig til alle involverte samt forankring i ledelsen ved institusjonene. Det ble også ved oppstart gjennomført et kick-off møte med alle ansatte i de tre helseforetakene.

En viktig del av dette delprosjektet var å utdanne etikkveiledere som kunne lede refleksjonsgruppene. To opplæringsdager ble gjennomført ved oppstart i 2012 med 23 etikkveiledere fra de tre helseforetakene. Alle etikkveilederne ble samlet til videre opplæring og erfaringsutveksling 1-2 ganger i året de neste to årene. I tillegg fikk de veiledning ved behov.

Vi kommer tilbake til utførlige beskrivelser av hvordan vi gjennomførte etikkrefleksjonsgruppene, inkludert opplæringsprogrammet (kap. 5 og 6). Først ønsker vi å presentere noen hovedfunn fra PET-prosjektet som helhet. Det er viktig å ha som bakteppe når man leser dette heftet. Videre beskriver vi hvilke etiske utfordringer bruk av tvang kan føre til og kunnskap om hvordan helsepersonell håndterer etiske utfordringer i praksis. Vi kommer også med teoretiske utdypinger av ulike aspekter ved etikkrefleksjon. I kapittel 4 oppsummerer vi betydningen etikkrefleksjonsgruppene i PET-prosjektet fikk.

2.1.4 Noen hovedfunn fra PET-prosjektet som helhet

2.1.4.1 Manglende involvering av pasienter og pårørende

Fra intervjuer, spørreundersøkelser og delprosjektet om etikkrefleksjonsgrupper i PET-prosjektet ser vi at helsepersonell, pasienter og pårørende er enige om at pasienter og pårørende ofte ikke blir involvert godt nok i kliniske beslutninger ved alvorlige psykiske lidelser og ved bruk av tvang. Det ser altså ut til å være enighet om at helsetjenesten her har stort forbedringspotensial. Dette fører blant annet til at beslutninger i mindre grad tilpasses pasientens ønsker og erfaringer med hva som hjelper, og at de pårørende får mindre støtte, blir mindre involvert og ikke alltid får mulighet til å gi den støtten og hjelpen de kunne ha gitt til pasienten, og at reparasjons- og forsoningsarbeid etter kriser og konflikter kan bli vanskeligere. Dette og andre viktige funn knyttet til involvering av pasienter og pårørende er beskrevet i det andre heftet fra PET-prosjektet (Norvoll og Pedersen 2017).

2.1.4.2 Etisk språk

PET-studiens ulike delstudier viser også at både pasienter, pårørende og helsepersonell i de psykiske helsetjenestene opplever mange etiske dilemmaer og utfordringer. Imidlertid viser intervjuer vi har gjort med pasienter, pårørende og helsepersonell at de i liten grad har eksplisitt oppmerksomhet på etiske problemstillinger (Hem, Molewijk og Pedersen 2014; Molewijk, Hem og Pedersen 2015; Norvoll, Hem og Pedersen 2016; Norvoll og Pedersen 2016 a, b). Dette betyr ikke at de ikke opplever etiske dilemmaer, men det kan se ut til at de mangler et etisk vokabular for å sette ord på det som erfares som etisk utfordrende eller problematisk. Deltakerne forteller om mange og vanskelige utfordringer knyttet til temaer som involvering, samtykke, informasjon, frihet og tvang, men de omtaler dem ikke som etiske utfordringer. Én grunn til at de ikke bruker et etisk språk kan være at faglige og etiske problemstillinger ofte er tett vevd inn i hverandre, og derfor gir det ikke alltid mening å skille dem (Hem, Molewijk og Pedersen 2014). En annen årsak kan være at man mangler kompetanse i etikk. Et systematisk litteratursøk viste også at det er få studier som eksplisitt og systematisk har undersøkt hvilke etiske

utfordringer helsepersonell i de psykiske helsetjenestene står overfor ved bruk av tvang (Hem mfl. 2016).

Etikken har utviklet begreper og teorier som kan hjelpe oss til å kaste lys over etiske utfordringer og interessekonflikter i de psykiske helsetjenestene. Teorier og begreper kan fungere som analytiske knagger og lyskastere på vår praksis. Vår praksis blir diskutert og formet avhengig av hva slags vokabular, teorier og tiltak vi har tilgjengelig eller velger å ta i bruk. Etiske begreper og teorier om autonomi, informert samtykke, paternalisme, ikke-skade, relasjonsetikk, omsorg, dyder, rettferdighet og prioriteringer kan bidra til å identifisere, sette ord på og balansere de verdiene og interessene som ofte er i spill i utfordrende situasjoner i de psykiske helsetjenestene. Tanken bak er at det å utvide sitt vokabular ved hjelp av etisk teori/begreper kan hjelpe pasienter, pårørende og fagutøvere til å bli bedre rustet til å forstå og håndtere etisk utfordrende situasjoner. Etisk teori kan også bidra til å justere antakelser, for eksempel om at pasientens utsagn kun er symptomer på psykisk lidelse eller at man ikke trenger å etterspørre pasientens synspunkt og erfaringer for å kunne vurdere hva som er riktig problemforståelse og den beste løsningen. I en travel klinisk praksis vil begrunnelser for god og dårlig praksis, samt ulikheter i praksis og fortolkninger, ofte ikke bli satt ord på. Her kan etikkens språk, og tid og rom til å reflektere over etiske dilemmaer systematisk, gi store muligheter for å avdekke forbedringsmuligheter, nye handlingsalternativer og felles læring uten at det blir for konfliktfylt eller truende. Hvis pasientene eller pårørende må klage eller de ansatte føler de må gå inn i en varslerrolle for å bli hørt, er det gjerne for sent å få til en åpen og konstruktiv dialog.

2.1.4.3 Uformell tvang

Et annet viktig hovedfunn i PET-prosjektet er at både pasienter, pårørende og helsepersonell opplever at det er utstrakt bruk av uformelle tvangsformer i psykisk helsevern. Til forskjell fra den formelle eller lovregulerte tvangen er den uformelle tvangen ikke omfattet av lovregulering og vedtak. Uformell tvang kan også være tvangen som utspiller seg i gråsonen mellom formell og uformell tvang. Uformell tvang er for eksempel bruk av trusler, press, manipulering og at det settes

betingelser for at goder kan utløses. Dette er former for maktutøvelse som skjer i alt mellommenneskelig samspill, men hva som gjør det særlig problematisk i de psykiske helsetjenestene er at relasjonene mellom helsepersonell og pasienter og pårørende ofte er preget av en sterk asymmetri. Pasienter og pårørende befinner seg ofte i en kaotisk og vanskelig livssituasjon, og er derfor ekstra sårbare. Helsepersonell på sin side forvalter ressurser og makt i form av for eksempel faglig kompetanse, posisjon i hierarkiet, definisjonsmakt og som forvalter av velferdsgoder og tvangshjemler. Uformell tvang kan være subtil og derfor ikke så lett å sette fingeren på, og den unndrar seg gjerne dokumentasjon, tvangsstatistikk og kvalitetsindikatorer. Det kan mer erfares som ubehag, avmakt, forvirring og en følelse av å være liten og betydningsløs i samspillet med helsepersonellet. Dette sterke funnet fra PET-prosjektet ønsker vi å løfte frem fordi det er viktig i utvikling og forbedring av de psykiske helsetjenestene fremover at man går bredt til verks. Vi trenger perspektiver og tilnærminger som favner kompleksiteten og mangfoldet i dette feltet (Hem, Molewijk og Pedersen 2014; Hem mfl. 2016; Norvoll og Pedersen 2016 a, b). Dette er trolig minst like viktig for kommunalt psykisk helsearbeid som i liten grad har muligheten til å utøve formell tvang når pasienten ikke vil ha hjelp.

2.2 Ethiske utfordringer i de psykiske helsetjenestene med et spesielt fokus på tvang

2.2.1 Noen filosofiske og teoretiske perspektiver

Enhver form for tvang kommer i konflikt med verdier vi holder høyt i hevd i dagens samfunn. Det er særlig verdier som frihet og retten til å handle, snakke og tenke fritt som er sentrale. For filosofen Immanuel Kant (1785/1983) er det å kunne foreta egne valg og skape egne regler det som definerer essensen ved menneskelighet og moralsk ansvar. Dette gjelder både for individet når det skal avgjøre hvordan man bør handle i en gitt situasjon og for enhver når det gjelder å vurdere handlinger som

eventuelt kan være manipulative eller preget av tvang. For filosofen John Stuart Mill (1862) var det et viktig spørsmål når et samfunn legitimt kan utøve makt over individet, og hans svar var at selvforsvar og nødvendigheten av å beskytte andre mot skade er de eneste legitime grunner for å gripe inn overfor en persons handlingsfrihet.

Inspirert av tenkere som Kant og Mill hevder FNs Menneskerettighetserklæring (1948) at alle mennesker er født frie og like når det kommer til verdighet og rettigheter, og enhver har rett til frihet, ingen skal underlegges tilfeldig frihetsberøvelse, enhver har rett til bevegelsesfrihet og enhver har rett til tankens frihet. I helsevesenet har informert samtykke uten tvil blitt gullstandarden de siste tiårene. Det betyr at det grunnleggende prinsippet er at pasienten skal informeres tilstrekkelig og at samtykkekompetente pasienter skal ha rett til å svare ja eller nei til behandling og omsorg som helsepersonell vurderer som faglig forsvarlig og omsorgsfull (Berg mfl. 2001). Samtykkekompetanse skal vurderes konkret og uavhengig av diagnose. De siste årene har vi sett en gradvis harmonisering av det norske tvangslovverket for somatikk og psykiske lidelser, og sterkere vektlegging av at det ikke er diagnose eller pasientens eventuelle nei til behandling som skal avgjøre om pasienten kan bestemme selv eller ikke. Dreiningen fra «samtykkekompetanse» til å legge vekt på «beslutningskompetanse» i helsetjenesten speiler en utvikling mot å forstå pasienter som kompetente til å ta selvstendige valg når det gjelder egen helse og sykdom, ikke kun å si ja eller nei til helsetjenester.

Men samtidig tillater helselovgivningen i de fleste land frihetsberøvelse, institusjonalisering mot ens vilje, inngripen i privatlivet, restriksjoner i bevegelsesfrihet og bruk av tvungen medikasjon som kan influere pasientens tenkning og følelser. Videre er det slik at de forhold som disse lovene dekker kan variere fra land til land, og fortolkning og anvendelse av lovene kan være forskjellig mellom landene og internt i hvert land (Husum 2011; Kallert og Torres-Gonzales 2006; Kallert, Mezzich og Monahan 2011).

Mot denne bakgrunnen er det ingen grunn til å undre seg over at bruken av tvang i de psykiske helsetjenestene reiser noen av de vanskeligste og

viktigste etiske spørsmålene vi står overfor i helsetjenesten (Peel og Chodoff 1999). Tvang truer pasienters autonomi, tvang kan skade, og det truer helsepersonells oppfatning av hva som er god omsorg og behandling. Begrepet «tvang» er i seg selv et komplisert begrep som inkluderer både formell, uformell (Monahan mfl. 1995) og opplevd tvang (Bindman mfl. 2005; Lidz mfl. 1995). «Formell tvang» er formelt regulert, besluttet og dokumentert, mens «uformell tvang» inkluderer enhver form for tvang og bruk av makt, kontroll eller manipulering som faller utenfor den formelle tvangen. «Opplevd tvang» kan overlappe med både formell og uformell tvang, og defineres ved individets subjektive opplevelse av å bli tvunget eller ikke (Lorem, Hem og Molewijk 2014). Szmukler og Appelbaum (2001) har utviklet en gradering av ulike typer press i klinisk virksomhet hvor det laveste nivået er overtalelse (*persuasion*). De neste stegene er å øve innflytelse (*leverage*), komme med oppfordringer (*inducements*), og til sist trusler (*threats*) som ender med bruk av tvang, inkludert fysisk tvang (ibid.). Med dette hierarkiet viser Szmukler og Appelbaum at det er nyttig for helsepersonell å tenke om sin mulighet for å utøve innflytelse overfor pasient som et kontinuum.

Sjöström (2006) anvender begrepet «tvangskontekst» (*coercion context*) for å vise hvordan tvangsdynamikker kommer til uttrykk på mange ulike måter i psykisk helsevern. Likedan bruker Szmukler (2015) «tvangsskygge» (*coercive shadow*) for å vise til den angst pasienter kan kjenne ved at manglende etterlevelse (*non-compliance*) av behandlingsanvisninger kan føre til bruk av tvang. Disse begrepene kan også brukes for å sette ord på muligheten for tvangsbruk og bruken av tvang kan gjøre noe med helsepersonells holdninger til pasientene generelt, også der tvang ikke brukes.

Forskning fra PET-studien viser også at tvang må ses som et vidt fenomen der både den formelle og uformelle tvangen inkluderes, og at mellom dem er det mange gråsoner. Psykisk helsevern kan ha en *coercive shaping*, det vil si en innretning mot tvang (Norvoll og Pedersen 2016a, s. 206), noe som kommer til uttrykk i hierarkier og kommunikasjonsmønstre, i bruk av husregler og en paternalistisk kultur der pasienter føler ufrihet og avmakt. Opplevelsen av å miste sin frihet er et kjerneelement ved tvang,

og kommer til uttrykk ved at tvangen griper inn i hverdagslivet, i daglige rutiner og gjøremål (som for eksempel ved tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon (TUD)). Tap av frihet kan oppleves eksistensielt truende hvis man føler at man mister muligheten for å uttrykke seg. Tvang kan også komme til uttrykk som både makt og motmakt. Pasienter kan føle seg små, utsatte, sårbare eller overmedisinert, noe som kan føre til at de har vansker med å kommunisere egne behov og ønsker overfor personalet. Motmaksreaksjoner kan derfor være passive i form av tilbaketrekking og forsøk på å unnsnippe eller unndra seg kontakt. Motmakten kan også få form av aktiv motstand, noe som igjen, på grunn av den paternalistiske innretningen på tjenestene, kan føre til at pasienten tolkes som syk, og med manglende sykdomsinnsikt. Tvang kan også ses som en sosial og eksistensiell livshendelse fordi det å være utsatt for tvang kan virke dehumaniserende ved at den griper dypt inn i pasientens selvbylde, tillit til omverdenen og kan føre til at pasienten taper noe av seg selv. Dette kan ha betydning for ens opplevelse av integritet og den retningen livet tar (Norvoll og Pedersen 2016a; Norvoll og Pedersen 2017).

Helsepersonell har to hovedgrunner til å utøve tvang: Av hensyn til pasientens beste eller av hensyn til andre. Å utøve tvang og samtidig yte gode og omsorgsfulle helsetjenester er ofte en utfordrende balansegang og gir ofte opphav til etiske dilemmaer (Landeweer, Abma og Widdershoven 2011; Lillemoen og Pedersen 2013). Det kan også føre til såkalt «moralsk stress» eller situasjoner der man vet hva som er riktig, men der ytre rammer hindrer en i å gjøre dette.

Noen refererer til «storskala» og «småskala» etiske utfordringer (Guillemin og Gillam 2006). En storskala etisk utfordring kan for eksempel være spørsmålet om man skal legge en pasient i belter (*compulsion*, jf. Szmukler og Appelbaum 2001) mens en småskala etisk utfordring kan handle om hvorvidt man skal avslå pasientens spørsmål om å få ringe sine foreldre eller ikke (*persuasion* eller *leverage*, jf. Szmukler og Appelbaum 2001). Noen skiller mellom begrepene «utfordring» og «dilemma», og med det indikerer at et dilemma innebærer å stå overfor en situasjon hvor man må velge mellom to ulike

løsninger, ofte av typen «pest eller kolera». Vi foretrekker å bruke disse uttrykkene om hverandre og mindre stringent siden det sjelden er kun to mulige løsninger tilgjengelige, og alternativene kan inkludere et bredt spekter av handlingsalternativer.

Dagens helsefaglige etikk og lover har lagt stor vekt på betydningen av pasientautonomi sammenliknet med tidligere. Det er også en økende bevissthet på etiske utfordringer og hvordan håndtere dem i helsetjenesten, for eksempel hvordan man skal balansere autonomi med velgjørenhet (Kallert, Mezzich og Monahan 2011). Tradisjonelt har det imidlertid vært mindre systematisk og eksplisitt oppmerksomhet på etiske utfordringer og hvordan håndtere dem innenfor de psykiske helsetjenestene enn det har vært i andre deler av helsetjenesten (Hem, Molewijk og Pedersen 2014; Reiter-Theil, Schürmann og Schmeck 2014). Det er et paradoks siden lovverk og praksis i psykisk helsevern antagelig har et potensial for å undergrave eller overkjøre pasientens autonomi i større grad enn man finner i noen annen del av helsetjenesten. Basert på vår forskning i PET-prosjektet skal vi presentere de viktigste og vanligste etiske utfordringer helsepersonell står overfor i de psykiske helsetjenestene når det gjelder bruk av tvang.

2.2.2 Hvordan ble etiske utfordringer håndtert før oppstart av etikkrefleksjonsgruppene?

Før vi startet gjennomføring av etikkrefleksjonsgrupper gjennomførte vi en undersøkelse (fokusgruppeintervjuer) på de syv deltagende avdelingene med totalt 65 helsearbeidere og ledere der vi spurte «Hvordan håndterer helsepersonellet etiske utfordringer?» (Molewijk, Hem og Pedersen 2015).

KEK er lite brukt i de avdelingene som deltok i dette delprosjektet. Selv om alle helseforetak har opprettet KEK, så er det en utfordring for KEK å nå ut til alle avdelinger og ansatte, og komitéene har jobbet mer med etiske dilemmaer i somatikken enn innenfor de psykiske helsetjenestene og rusfeltet.

Resultatene fra intervjuene i avdelingene viser at noen opplever at de håndterer etiske utfordringer hver dag og de verdsatte det som en positiv del av å jobbe i psykisk helsevern. Andre erfarte etiske utfordringer som lammende byrder som forårsaket mye stress og som hindret konstruktiv teamsamarbeid. Noen deltakere rapporterte at de ikke hadde tid til å fokusere på etiske utfordringer og at de manglet en bestemt metodikk for å håndtere etiske utfordringer. Ganske ofte organiserte man uformelle og retrospektive ad-hoc møter i små grupper. Deltakerne hadde vanskeligheter med å identifisere en utfordring som en etisk utfordring, og de lurte på hva som er forskjeller mellom en etisk utfordring og en faglig utfordring. Et antall ansatte opplevde vanskeligheter med å håndtere uenighet på en konstruktiv måte.

Selv om vår analyse hovedsakelig avdekket deltakernes problemer når de møter etiske utfordringer, understreket noen deltakere at det å streve med etiske utfordringer er nødvendig for at pasientene skal få god behandling:

Da bør vi reflektere, ikke sant? Så det er å sørge for at vi gjør godt nok arbeid.

En annen deltaker pekte på den positive betydningen det har å streve:

Å streve er på en eller annen måte et tegn på engasjement og å være dedikert.

Videre:

Den dagen vi ikke lenger reagerer på bruk av tvang er vi i farlig farvann fordi bruk av tvang er en så stor inngripen. Så å holde seg innenfor det ubehag om bruk av tvang sikrer at du ikke bare stoler blindt på tvangshandling og at du ikke bruker tvang mekanisk. Vi ønsker dedikerte og engasjerte ansatte. Det betyr at vi må fortsette å jobbe i det ubehaget som skapes når vi utfører tvang.

2.2.3 Ansattes etiske utfordringer ved bruk av tvang – noen funn fra PET-prosjektet

I PET-prosjektet har vi på forskjellige måter undersøkt hvilke etiske utfordringer helsepersonell i psykisk helsevern har, både via spørreskjemaer, intervjuer og skjemaer etikkveilederne fylte ut etter etikkrefleksjonsgruppene (Engerdahl, Molewijk og Pedersen 2016; Molewijk, Engerdahl og Pedersen 2016).

Helsepersonell opplever etiske utfordringer innenfor flere områder:⁷

2.2.3.1 Formell tvang

Etiske utfordringer relatert til formell tvang er knyttet til å utøve tvang som er lovhjemlet, enten i psykisk helsevernloven eller kapittel 4A i Pasient- og brukerrettighetsloven. Spørsmål rundt formell tvang kan være om det er riktig å bruke tvang der man vurderer at man har juridisk dekning for det. Det ligger også en rekke etiske vurderinger innbakt i de juridiske kravene, for eksempel om tvangsbruken klart er den beste løsningen for pasienten. Et annet spørsmål er om tvangen gjennomføres til rett tid, og derfor fremstår «timing» som viktig i mange situasjoner som for eksempel innleggelser, tvangsmedisinering eller bruk av tvangsmidler. Når det gjelder tvangsmedisinering, for eksempel, er det et dilemma om man skal gi det eller ikke siden evidensgrunnlaget generelt er usikkert, tiltaket er svært inngripende og bivirkningene ofte er uttalte (Husum, Hem og Pedersen 2017). De etiske utfordringene knyttet til formell tvang kan deles inn i tre hovedområder:

⁷ Denne fremstillingen er sterkt inspirert av artikkelen «Etiske utfordringer ved bruk av tvang i psykisk helsevern» (Engerdahl, Molewijk og Pedersen 2016). Tabellene som er presentert her er hentet fra den samme artikkelen.

Tvungent psykisk helsevern	Tvangsmedisinering	Tvangsmidler
Hvem legger vi inn for? Vårt grunnlag for å vurdere og stole på egen vurdering versus informasjon og press fra pårørende.	Medisinere på tvang eller frivillighet uten medisiner? Avveie at pasienten blir psykotisk, tidligere voldsepisode, versus unngå psykoseutvikling ved bruk av tvang.	Er det riktig å beltelegge en pasient som frivillig legger seg i beltesengen når vi sier at vi skal ta kontrollen?
TUD (tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold) hos pasient i flere år, skal han få prøve seg uten? Pasient autonomi versus samfunns-sikkerhet. Voldsanamnese tilbake i tid.	Tvangsmedisinere eller ikke? Pasient på TUD med tvangsmedisineringsvedtak som ikke ble effektivt. Pasienten gjorde et suicidforsøk, og behandler fikk avviksmelding i etterkant av hendelsen.	Hvor lenge etter alvorlig voldshendelse er det riktig å beltelegge en pasient som raskt roet seg?
Når skal man gripe inn? Autonomi versus paternalisme på lengre sikt? Hvor langt kan hjelpeapparatet la det gå uten å gripe inn?	Bruk av tvangsmedisinerer eller middel: Opplevelse av krenkelse for pasienten versus å hindre at hun skader seg selv eller andre. Hvem skal beskyttes?	Hva er best og verst for pasienten – å bli holdt av personalet eller å bli beltelagt? Skal pasienten kateteriseres med tvang eller ikke?

Tabell 1: Etske utfordringer ved formell tvang; tre hovedområder med eksempler.

2.2.3.2 Uformell tvang

Uformell tvang – eller «gråsonetvang» - inkluderer etiske utfordringer ved tvang som ikke er lovhjemlet (jf. kap. 2.1.4.3 og 2.2.1). Uformell tvang er knyttet til relasjoner og samarbeid, og kan forekomme i konfliktsituasjoner hvor det er en skjør eller ikke-eksisterende allianse mellom pasienten og helsepersonellet. De etiske utfordringene knyttet til uformell tvang viser at uformell tvang anvendes i mange situasjoner der pasienten er uenig i det helsepersonellet mener er riktig å gjøre. Begreper som «hindre», «nekte», «avlede», «lure» og «målet helliger middelet» brukes mye i etikkrefleksjonsgruppene, og det at personalet forsøker å påvirke pasientene i den retning de mener er best, gjennom ulike grader av press og tvang i det daglige, er kjernen i uformell tvang. Eksempler er praktisering av permisjoner, ransaking og beslagleggelse av personlige eiendeler og begrensninger i kontakt med familie og venner utenfor avdelingen (uten formelle tvangsvedtak) (Husum, Hem og Pedersen 2017). Den etiske utfordringen består ofte i å avveie hva som skal telle mest: Pasientens selvbestemmelse eller hva de ansatte vurderer som pasientens beste, det vil si pasientens autonomi versus velgjørenhet eller

paternalisme. Andre eksempler er knyttet til at pasienter trues med at de kan miste bolig eller kontakt med sine barn hvis de ikke samtykker til frivillig innleggelse, eller at de vil bli innlagt mot sin vilje hvis de ikke aksepterer frivillig innleggelse eller ikke tar medisinene sine som forordnet (Husum, Hem og Pedersen 2017). I etikkrefleksjonsgruppene er det særlig to former for uformell tvang som peker seg ut (se tabell 2): «Presse» handler om å få pasientene til å gjøre noe pasientene ikke vil, mens «grensesette» er situasjoner hvor personalet hindrer pasienten i å gjøre ting helsepersonellet mener er uheldig.

Presse	Grensesette
Er det etisk forsvarlig å presse en pasient til fysisk aktivitet?	Er det bruk av tvang å nekte pasienten å ringe pårørende?
Om målet helliger middelet? Hvor mye makt skal man bruke for å følge behandlingsplanen?	Bør man hindre en manisk pasient i å røyke når vedkommende ikke røyker til vanlig?
Er det riktig å tvinge en pasient med masse psykotiske vrangforestillinger i dusjen fordi vedkommende lukter vondt og er til stor sjenanse for medpasienter?	Bør vi stoppe en pasient i psykotisk tilstand i navnebytte?
Hvor lenge bør pasienter få ligge i sengen om dagen? Når og hvordan bør vi gripe inn?	Bør vi sette grenser for en pasient i å bruke smarttelefon på avdelingen?

Tabell 2: Uformell tvang – to viktige former med eksempler.

2.2.3.3 Usikkerhet knyttet til lovgivning om tvang

Dette området dreier seg om usikkerhet knyttet til forståelse og anvendelse av lovverket og kan deles inn i to hovedgrupper: Usikkerhet om meldeplikt og usikkerhet om når det er lov å bruke tvang. Spørsmål knyttet til taushetsplikt er fremtredende både ved usikkerhet om meldeplikt og i flere andre saker under dette området. Det finnes også eksempler på usikkerhet om formelle vedtak skal eller kan fattes, for eksempel ved kroppsvisitering, tvangsdusjing og bruk av sonde og klyster. Under dette området kommer også usikkerhet knyttet til problemstillinger i periferien av eller utenfor «alvorlig sinnslidelse» (hovedkriteriet for bruk av tvang i psykisk helsevernloven) som for eksempel ruslidelser, demens, spiseforstyrrelser og forvirring, men der pasienten ikke er psykotisk. Er det for eksempel etisk akseptabelt å

tvangsinnlegge en suicidal pasient som ikke er psykotisk og som er samtykkekompetent (Husum, Hem og Pedersen 2017)?

Usikkerhet om meldeplikt	Usikkerhet om når det er lov å bruke tvang
Når skal man bryte taushetsplikten ift. våpen? Hva skal til og hva er viktig? Autonomi hos pasienten eller samfunnsansvar i å forhindre skade?	Kan vi holde pasient tilbake hvis vi mistenker at hun utsettes for seksuelle overgrep?
Skal vi varsle barnevernet i forhold til pasient som sier han befatter seg med barnepornografi på nettet? Eller for pasient med psykoseproblematikk og mindreårige barn?	Kan pasienten selv bestemme å ikke motta helsehjelp når helsepersonell anser det som faglig uforvarlig? Plikt er vi å gi helsehjelp som vi anser absolutt nødvendig når samtykkekompetent pasient nekter å motta hjelp?
Hvor går grensen for lojaliteten overfor pasienten, sett opp mot totalsituasjonen for familien ved mulig melding til barnevernet?	Er det riktig bevisst å omgå loverket for å bruke tvang ved suicidalitet?

Tabell 3: Usikkerhet om loverk.

2.2.3.4 Profesjonell rolle og identitet

Etiske utfordringer knyttet til profesjonalitet er fremtredende i mange saker som tas opp i etikkrefleksjonsgrupper. Disse utfordringene er gjerne knyttet til asymmetri i relasjonen mellom pasient og helsepersonell, det vil si at helsepersonell har stor makt i kraft av sin stilling og gjennom hvordan man møter pasienten. Helsepersonell føler på og finner denne maktubalansen vanskelig. Helsepersonellet har i mange tilfeller reflektert over sine holdninger i møte med pasienter med psykiske problemer. Lojalitetskonflikter er også tematisert.

Hvordan forholde seg til «galskap»?	Holdninger til bruk av tvang	Roller og lojalitet
Skal vi bekrefte eller realitetsorientere vrangforestillinger hos psykotisk pasient?	Hvordan er våre holdninger til bruk av tvang for å utføre personlig hygiene hos psykotiske pasienter med svært dårlig funksjonsnivå som motsetter seg dette?	Pasienten har bivirkninger av medisiner. Skal behandler (psykolog) være lojal med legen og presse pasienten, eller støtte pasienten i å ikke ta medisiner?
Skal vi provosere frem utagering for å kunne gi psykotisk pasient adekvat medisiner med tvang?	Er vi profesjonelle i møte med utfordrende atferd? Mannlig pasient med ufyselig og utfordrende atferd overfor kvinnelig personal.	Hvordan holde ut med svært aggressive, støyende pasienter? Hvordan kommunisere når personalet er uenige i tiltak? Hvem skal man være lojal mot? Autonomi kontra bruk av makt.

Tabell 4: Profesjonell rolle og identitet – tre temaer med eksempler.

2.2.3.5 Hindringer på organisasjonsnivå og mangel på ressurser

Underbemanning kan føre til bruk av makt. Likedan kan ansatte med lav kompetanse eller manglende formell utdanning føre til økt bruk av tvang. Manglende terapeutisk miljø på postene eller manglende tilbud om meningsfulle aktiviteter er andre forhold som kan bidra til opplevelsen av tvang. Det forekommer også at pasienter er tvangsinnlagt fordi man mangler tilgang på passende botilbud i kommunen/bydelen (Husum, Hem og Pedersen 2017).

2.2.3.6 Maktmisbruk og mangelfull kompetanse blant de ansatte

Vi finner eksempler på at ansatte misbruker sin makt eller bruker tvang som straff overfor pasienten. Dette kan ha sammenheng med at noen ansatte er engstelige og usikre. De kan noen ganger fremstå som *trigger-happy* ved at de tyr raskt til tvang, eller at de bidrar til at situasjoner eskalerer fordi de (ofte ubevisst) fremmer angst og aggresjon hos pasienten (Husum, Hem og Pedersen 2017).

2.2.3.7 Oppsummerende om etiske utfordringer ved tvang og forskjeller mellom avdelingene

Vår erfaring etter to år med etikkrefleksjonsgrupper er som vi har beskrevet at det finnes mange og krevende etiske utfordringer ved bruk av tvang i psykisk helsevern. Utfordringene er felles på tvers av

tjenestene, som for eksempel balansen mellom å ta hensyn til pasientens autonomi versus ønsket om og plikten til å gjøre vel, noe som kan føre til at man handler paternalistisk. Men hvordan de etiske utfordringene arter seg i praksis kan se forskjellig ut avhengig av om man for eksempel arbeider med ungdom eller eldre, på akuttavdeling eller langtidsavdeling. For eksempel har helsepersonell som arbeider på ungdomsavdeling beskrevet mange dilemmaer knyttet til involvering av foreldre når ungdommen er under/over helserettlig myndighetsalder på 16 år og dilemmaer knyttet til tvangsernæring. På alderspsykiatrisk avdeling kan det være utfordringer knyttet til pasienters samtykkekompetanse blant annet på grunn av kognitiv svikt. Helsepersonell på akuttavdelinger forteller gjerne om hastegraden og at det noen ganger står mellom liv og død, mens ansatte på rehabiliteringsposter står overfor dilemmaer knyttet til å gi tilbake pasienter kontrollen over eget liv når faren er tilstede for at måneder med behandlingsinnsats kan spoles i løpet av kort tid hvis pasienten gjenopptar destruktiv rusatferd. Helsepersonell på DPS opplever dilemmaet mellom å bygge allianse med pasient og nettverk i et langtidsperspektiv og det å bidra til å unngå skade ved å søke pasienten innlagt mot eget ønske.

Resultatene fra PET-prosjektet viser tydelig at det å fokusere på formell tvang ikke alltid er tilstrekkelig, og at det kan være viktig å gi rom for etisk refleksjon, tvil og usikkerhet. Prosjektet som helhet tydet på at det er et potensial for å bringe inn pasient- og pårørendeperspektivet i sterkere grad i refleksjonen om etiske dilemmaer knyttet til tvang selv om det kan være utfordrende. Kunnskap fra refleksjonsgruppene om de vanskelige verdivalgene som helsepersonell opplever gir grunn til å peke på at det er viktig å håndtere etiske utfordringer knyttet til tvang på en trygg og systematisk måte.

3. Systematisk etikkrefleksjon

3.1 Hva er etikk?

Ordet «*moral*» viser til våre handlinger, altså de konkrete verdiene og normene som vi praktiserer og forholder oss til i vårt daglige liv, for eksempel ærlighet, omsorg og frihet. Moralen har sin basis i hva vi oppfatter som godt eller ondt, rett eller galt, rettferdig eller urettferdig. «*Etikk*» kan defineres som å reflektere over eller samtale systematisk om verdier og normer, for eksempel slik de kommer til uttrykk i vår praksis. Det betyr at etikk er systematisk refleksjon over våre moralske erfaringer, oppfatninger og begrunnelser.

En «*verdi*» er noe positivt som motiverer våre handlinger og som uttrykkes gjennom å forfølge gode intensjoner. Det er en del av det å leve et godt liv, der verdier som respekt, ærlighet, oppriktighet, sannferdighet, medmenneskelighet, solidaritet, rettferdighet og ikke-skade gir retning på våre handlinger. En «*norm*» er en konkret normativ retningslinje for handling, det vil si at man anvender normative verb som *bør* eller *må*. Normer uttrykker sammenhengen mellom generelle verdier (som frihet og rettferdighet) og de konkrete løsninger man velger i en bestemt situasjon. Normer er idéer om hvordan en bør eller ikke bør oppføre seg i situasjoner. En kan dele de samme verdiene, men måten man tolker verdien på i en bestemt situasjon kan lede til forskjellige normer. For eksempel kan man tolke ærlighet som verdi til normen «Jeg bør alltid si hva jeg vet». En annen måte å tolke ærlighet som verdi er til normen «Hvis noen spør meg, bør jeg svare det jeg vet». I praksis kan disse to svarene/normene gi helt forskjellige handlinger.

3.2 Hva er etikkrefleksjon?

3.2.1 Refleksjon

I dagligtalen betyr refleksjon gjerne å «tenke gjennom», «tenke etter» eller «tenke over» noe. I en systematisk litteraturgjennomgang av refleksjon og refleksiv praksis i helseprofesjoners utdanning fremhever Mann, Gordon og MacLeod (2009) at refleksjon kjennetegnes ved målrettet og kritisk analyse av erfaring og kunnskaper i den hensikt å oppnå en bredere forståelse, dypere mening og bedre praksis.

Refleksjon inneholder to hovedkomponenter: 1) erfaringer og kunnskap og 2) den reflekterende aktiviteten som er knyttet til ettertanke og tilbakeblikk. Det siste innebærer å stille spørsmål til egen kunnskap, erfaring, fortolkning og handlinger. Erfaring i seg selv trenger ikke gi økt kompetanse. Det er ofte først når vi reflekterer over våre erfaringer at læring finner sted. Når vi tenker gjennom en situasjon vi har vært i, utfordres vi til å sette ord på erfaringer og egen kunnskap, både den som er uttalt og den tause kunnskapen (Gjerberg mfl. 2017), og dette gir mulighet for utvikling av kompetanse i praksis. Dette er et viktig supplement til tilegnelse av ny kunnskap, for eksempel gjennom å lese fagbøker og artikler og læring av nye ferdigheter.

Refleksjon kan begynne på flere måter:

- Man legger merke til et uventet ansiktsuttrykk hos en annen person.
- Man får kritiske tilbakemeldinger.
- Man kjenner en udefinerbar og ubehagelig følelse av uro.
- Man besøker et annet arbeidssted hvor man jobber annerledes.
- Man snakker med nye kollegaer eller studenter på arbeidsplassen.
- Man deltar i et forskningsprosjekt (blir intervjuet eller fyller ut et spørreskjema).
- Man ser på en film eller leser noe som gjør inntrykk.
- Og ... gjennom deltakelse i en etikkrefleksjonsgruppe.

Når det gjelder den reflekterende aktiviteten, kan den innebære at man deler og grunngir hva man gjør og hvorfor man gjør det. Man stiller spørsmål til seg selv og andre, og man bruker tid til å analysere og forstå situasjonen.

3.2.2 Etikkrefleksjon

Etikkrefleksjon handler om en spesiell type refleksjon. Det er en systematisk refleksjon over hva en *bør* eller *må* gjøre, hva som er rett og galt, og trigges typisk i praksis av at man står overfor en konkret etisk utfordring. Det kan imidlertid også inkludere refleksjon over hvilke verdier, normer og etiske prinsipper som står på spill eller som bør styre vår praksis mer generelt.

3.2.2.1 Et eksempel på forskjellen mellom faglige og etiske refleksjoner

Veldig enkelt kan man si at fag handler om hva som er sant eller riktig basert på for eksempel forskning eller normer man er enige om i profesjonen. Etikk dreier seg om hva som er rett og galt basert på et bredere normativt rammeverk. I en etikkrefleksjon, der normer for god praksis er inkludert, kan man – basert på moralske overveielser - komme til å konkludere med at man ikke skal følge normene for god praksis. Refleksjoner om hvordan man kan eller skal gjøre noe handler om faglige og praktiske refleksjoner i konkrete situasjoner. For eksempel «Hvordan kan jeg overtale pasienten til å ta medisiner?» er et typisk faglig refleksjonsspørsmål fordi hovedfokus er rettet mot hvordan man skal gjennomføre noe man anser for faglig riktig å gjøre. I første omgang er det ikke et etisk spørsmål fordi spørsmålet er formulert slik at man allerede mener å vite hva som er riktig å gjøre (det vil si å overtale pasienten til å ta medisiner), og at man undersøker hvordan man kan utføre denne handlingen på den mest effektive måten ut fra erfaringskunnskap eller forskning. Målet tas for gitt og man finner gjerne svaret i eksisterende faglitteratur, faglige retningslinjer eller gjennom å spørre kollegaer hvordan de har fått til dette.

I etikkrefleksjon, derimot, reflekterer en om betydning, nytte og eventuelt behov for justering av eksisterende mål, kunnskap, retningslinjer og underliggende normer. Etikkrefleksjonsspørsmål erkjenner at den måten et problem er definert på kan være utilstrekkelig. Anvendt på spørsmålet om å overtale pasienten til å ta medisin spør man da for eksempel «Bør jeg overtale pasienten til å ta medisiner?» eller «Bør vi ta et steg til tilbake og vurdere mål og virkemidler på nytt dersom pasienten protesterer?», eller enda mer radikalt «Er kunnskapsgrunlaget godt nok til at vi bør anbefale medisiner for alle pasienter med denne lidelsen?». Denne type spørsmål fører til dypere og mer grunnleggende refleksjoner om moralske begrunnelser og kvaliteten på kunnskapsgrunlaget.

Det er imidlertid ikke alltid enkelt og klart hvordan man kan skille mellom «refleksjon» vs. «etikkrefleksjon», og «fag» vs. «etikk». For eksempel vil ofte normative vurderinger ha betydning for hva slags forskning eller kunnskap vi aksepterer som gyldig for å foretrekke eller anbefale én metode fremfor en annen. Noen vil også hevde at etikk alltid bør være en viktig del av faget. Det er vanskelig å være uenig i dette hvis man for eksempel mener at etikk er sentralt i all profesjonsutøvelse: «De kvaliteter som gjør at en kliniker er i stand til å hjelpe pasienter (kliniske ferdigheter, kunnskap og holdninger) overlapper med, og er de samme, kvaliteter som gjør dem til moralsk gode kvaliteter. I den forstand er eksemplarisk klinisk praksis ladet med både verdier og dyder» (Radden og Sadler 2010, s. 4; vår oversettelse). Samtidig tror vi det kan være lurt å skille mellom de spørsmålene som primært må løses gjennom å klargjøre fakta og eksisterende kunnskap og regler, og det som krever refleksjon over mål, verdier, kunnskapsgrunnlag eller avveining mellom ulike interesser.

Faglig kunnskap blir oftere presentert som sikker kunnskap: Man skal/kan gjøre det og det. Moralsk kunnskap og kritisk refleksjon handler mer om tvil og stille spørsmål om hva vi ikke vet og hvilke antakelser og premisser vi bygger våre konklusjoner på. Som fagperson kan man oftere ha en ekspertrolle, det vil si at en person kan være den som har mest kunnskap om et bestemt problem eller fenomen. Det er mye mer utfordrende å definere etikkeksperter: Mange vil hevde at noe slikt ikke

finnes, i og med at målet i etisk refleksjon gjerne er en «herredømmefri dialog» der det er «kraften i det bedre argument», heller enn profesjonstittel, som skal veie tyngst (jf. kap. 3.4.3).

Det er ikke alltid lett å formulere et godt etisk spørsmål. Noen ganger har den som presenterer en situasjon bare en magesfølelse og trenger støtte og veiledning for å avklare hvilket etisk spørsmål som er koblet til hans eller hennes følelser eller uro. Å formulere et presist etisk spørsmål, og sortere faglige, etiske og juridiske spørsmål, er noen ganger noe av det viktigste og mest utfordrende i en refleksjonsprosess. Prosessen i seg selv kan være klargjørende og bevisstgjørende selv om man ikke konkluderer konkret.

3.2.2.2 Veiledning og etikkrefleksjon

Deltakelse i etikkrefleksjonsgruppe er forskjellig fra deltakelse i en veiledningsgruppe. Selv om vi innser at det er forskjellige typer tilnærming og metoder til veiledning, skal vi her beskrive noen forskjeller mellom etikkrefleksjon og veiledning.

I en etikkrefleksjon er det den moralske kunnskapen og svaret på det etiske spørsmålet som er i sentrum. I veiledning, derimot, handler det vanligvis om profesjonell og personlig kunnskap og det er ofte praktiske, faglige og metodiske spørsmål som er i sentrum. I andre typer veiledning kan det være egne emosjonelle reaksjoner som står i sentrum. I en etikkrefleksjonsgruppe kan deltakernes følelser og empatievne være viktig for å identifisere etiske utfordringer og hva som står på spill, men refleksjonens hovedfokus er primært egne og andres begrunnelser og resonnementer, og å balansere ulike argumenter, verdier og interesser.

3.2.2.3 Er det spørsmål som ikke egner seg for etisk refleksjon?

Etikkrefleksjon egner seg ikke for behandling av personalsaker eller klagesaker. Etikkrefleksjon er heller ikke relevant der spørsmålet primært er av faglig eller juridisk karakter, eller spørsmål der fokus først og fremst er å forstå de psykologiske mekanismene bak en handling. På samme måte som vi ikke skal gjøre alt til etikk er det imidlertid en fare for å redusere etiske spørsmål til kun faglige spørsmål, for eksempel vil et

spørsmål om hva som er til pasientens beste ikke kunne besvares kun ut fra fakta om pasientens diagnose, behandlingsmuligheter og prognose.

3.3 Annen forskning om betydning av etikkrefleksjon

Det er foretatt flere evalueringer av erfaringer med refleksjonsgrupper både før og samtidig med PET-prosjektet (Børslett mfl. 2011; van der Dam mfl. 2011; Gjerberg mfl. 2014; Hem mfl. 2014; Janssens mfl. 2014; Söderhamn, Kjøstvedt og Slettebø 2015). Resultatene viser at de involverte partene opplevde etikkarbeidet som nyttig. Det bidro til bedret etisk kompetanse, det vil si større oppmerksomhet og mer uformell kommunikasjon om etiske utfordringer og spørsmål og flere og bedre løsninger på vanskelige situasjoner. Funnene viste også at det ble bedre prioriteringer og mer effektiv ressursutnyttelse, bedre bruker- og pårørendeinvolvering og bedre samarbeid mellom helsepersonell (Schneiderman, Gilmer og Teetzel 2003; Molewijk mfl. 2008b, c; Kalager, Førde og Pedersen 2011; Lillemoen og Pedersen 2015).

Ved oppstarten av PET-prosjektet ønsket vi å innhente erfaringer fra tjenestesteder som vi visste hadde iverksatt tiltak for å kvalitetssikre og redusere bruk av tvang (Norvoll, Hem og Pedersen 2016). Ingen av tjenestestedene hadde brukt formell klinisk etikkstøtte, men deltakerne i studien beskrev fem områder der etikken var viktig. For det første spilte moralske anliggender en implisitt rolle i kvalitetsforbedringstiltakene. Videre var moralsk ubehag og idealisme en motivasjonskilde for endring. For det tredje var det å skape et normativt grunnlag for utviklingsarbeidet viktig. Det fjerde området dreide seg om verdibasert ledelse. For det femte var økt refleksivitet blant klinikerne vedrørende bruk av tvang viktig. Studien trekker frem betydningen av etiske aspekter både på individuelt nivå, men også på institusjonelt nivå. Etisk refleksjon kan altså bidra til motivasjon, innovasjon og refleksjon på ulike nivåer i helsetjenesten.

Flere studier fra Nederland har evaluert erfaringer med etikkrefleksjonsgrupper. En studie av ansattes erfaringer med til sammen femti refleksjonsgruppemøter på ulike avdelinger ved et psykiatrisk

sykehus viste for eksempel at de fleste opplevde etikkrefleksjonen som svært relevant for sitt daglige arbeid (Molewijk mfl. 2008c). De opplevde at kommunikasjonen mellom de ansatte var blitt mer konstruktiv, samtidig som deres moralske sensitivitet hadde økt. Antagelser, fordommer og «automatiske svar» var på samme tid redusert. En annen studie viser at lederne mente at etikkrefleksjonsgrupper hadde en positiv betydning for ansattes arbeidsmiljø, på den måten at det var blitt bedre samarbeid, teamfølelse, selvstendigjøring av ansatte, inkludert utvikling av kritisk holdning til rutiner (Weidema mfl. 2013).

Forskning på evaluering av etikkrefleksjonsgrupper tyder på at etikkrefleksjon kan bidra til bedre praksis på flere nivåer:

Nivå	Praksis
Case nivå	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ny og bedre forståelse av situasjonen, seg selv og andre personer (kollegaer, ledere, pasient, pårørende etc.). ❖ Innsikt i bakgrunnen til den etiske utfordringen. ❖ Identifisere flere og bedre løsninger (handlingsalternativer). ❖ Økt bevissthet om flere perspektiver på en situasjon. ❖ Bedre mestring av kompliserte og vanskelige situasjoner.
Profesjonelt nivå	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Moralsk kompetanse. <ul style="list-style-type: none"> ➢ Gjenkjenne etiske utfordringer eller den etiske dimensjonen ved praktiske utfordringer. ➢ Utvikle språk for etiske utfordringer. ➢ Lære metoder for å reflektere sammen med alle berørte parter. ➢ Dokumentere begrunnelser og avveininger skriftlig. ❖ Erfaringsdeling og gjensidig læring, for eksempel om juss og alternativertil tvang. ❖ Oppleve emosjonell støtte og økt motivasjon (mindre stress). ❖ Utvikle kunnskap om temaet og om hvordan man kan identifisere etiske spørsmål. ❖ Identifisere lærings- og forbedringsbehov. ❖ Større repertoire av handlings- og løsningsalternativ.
Teamnivå	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Forståelse for og innsikt i medarbeideres perspektiver. ❖ Bli bedre kjent med egne holdninger og verdier og hvordan de påvirker samarbeidet i teamet. ❖ Bedre håndtering av uenighet. ❖ Større åpenhet for kritikk. ❖ Lære å ha en dialog med medarbeidere (i stedet for en diskusjon eller debatt). ❖ Prosedyrer og prosess for å sikre gode beslutningsprosesser. ❖ Bedre tverrfaglighet. ❖ Bedre forståelse for og inklusjon av pasient og pårørende.
Organisasjonsnivå	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Innovasjon/lærende organisasjon. ❖ Justere retningslinjer. ❖ Utvikle retningslinjer. ❖ Implementere retningslinjer (refleksjon om retningslinjer bidrar til å kontekstualisere og implementere dem, samt at refleksjonen skaper mulighet for eierskap til retningslinjene). ❖ Utvikle organisasjonens misjon, visjon og identitet.

Evnen til etikkrefleksjon må oppøves. Ifølge Mann, Gordon og MacLeod (2009) aktiveres refleksjon først og fremst i komplekse situasjoner der man ikke kan falle tilbake på en rutinemessig tilnærming, det vil si

situasjoner der vanlige løsningsstrategier kommer til kort. Selv om ansatte sier at de ikke har behov for etikkrefleksjon, kan det fortsatt være grunner til å tilby etikkrefleksjonsgrupper. På den andre siden er det vanskelig å ha en meningsfull etikkrefleksjon dersom deltakerne ikke er motivert for å være med. Refleksjonen bør derfor så langt som mulig gjennomføres på en måte som oppleves som nyttig for de som deltar. Spørsmål om gjennomføring av etikkrefleksjonsgrupper drøftes videre i kapittel 5 i dette heftet.

3.4 Teori om etikkrefleksjon

Etikkrefleksjonsarbeid er særlig inspirert av tre forskjellige teorier om etisk refleksjon. Teoriene påvirker ikke bare valget av etikkrefleksjonsgrupper i seg selv, men også hvordan man reflekterer i etikkrefleksjonsgrupper. Man trenger strengt tatt ikke å vite mye om etisk teori for å delta i eller veilede en etikkrefleksjonsgruppe. Imidlertid kan noe kunnskap om etiske teorier være til hjelp for å skape bevissthet om hvordan man praktisk kan veilede en etikkrefleksjonsgruppe. Med andre ord kan teori hjelpe oss i hvordan vi praktiserer systematisk etisk refleksjon.

De tre teoriene er pragmatisk hermeneutikk, dialogisk etikk og diskursetikk. Det som er felles for teoriene er a) at de understreker viktigheten av konkret erfaring, b) oppmerksomhet på at hendelser eller situasjoner kan ha ulik betydning for forskjellige personer fordi man forstår og fortolker ulikt og c) viktigheten av en likeverdige og åpen dialog mellom alle deltakere. Vi skal kort oppsummere noen sentrale elementer i disse teoriene.

3.4.1 Pragmatisk hermeneutikk

Den hermeneutisk orienterte filosofen Gadamer omtaler forståelse som synonymt med refleksjon (Vetlesen og Stänicke 1999). Forståelse er en forutsetning for at noe skal bli til en erfaring og framstår som et brudd

med det forventede. Det er i møtet med det uventede, det som får en til å stoppe opp, at muligheten for ny forståelse, og dermed erfaring, finnes. Læring innenfor hermeneutikken betyr å utvide sitt perspektiv eller sin horisont (Gadamer 1960/2004), noe som skjer gjennom dialogen. I en samtale kan vi bli konfrontert med uventede utsagn, og dialogisk forståelse innebærer da å forsøke å se den andres poeng. Det betyr at man må være åpen overfor det den andre sier og være forberedt på å akseptere det som relevant og gyldig for en selv.

Pragmatisk hermeneutikk er kritisk til alle forsøk på å ramme inn et problem gjennom bruk av prinsipper og å løse problemer gjennom abstrakte prosedyrer (Molewijk mfl. 2008a). Ethiske utfordringer i de psykiske helsetjenestene er alltid komplekse og konkrete, og derfor bør man undersøke hva situasjonen betyr for de som er involvert. Hvilke problemer står de overfor? Hvordan forstår de det som står på spill? Hvilke løsninger ser de for seg? Innenfor pragmatisk hermeneutikk er man skeptisk til antakelser om at kunnskap kan utvikles uavhengig av fortolkninger og interesser. I forsøk på å forstå situasjonen bør man være bevisst dens kompleksitet og dens historiske og kontekstuelle bakgrunn (Widdershoven og Molewijk 2010). Man inviteres til å fortolke situasjonen – ikke gjennom forhåndsbestemte og rigide prinsipper, men ved å være fleksibel og åpen for nye muligheter (Abma, Molewijk og Widdershoven 2009).

3.4.2 Dialogisk etikk

En av de viktigste forutsetningene for dialogisk etikk er at moral og etikk tar utgangspunkt i konkret erfaring, ikke i teorier og begreper. Teorier og begreper kan være nyttige, men de bør være grunnet i konkrete praksiser (Dewey 1960, McGee 1999). Denne tilnærmingen til etikk går tilbake til Aristoteles. Han hevdet at moralsk visdom og moralsk kunnskap stammer fra de refleksjoner vi gjør oss om og i konkrete situasjoner. Det finnes ingen moralsk sannhet uavhengig av erfaring. Moralen er grunnleggende sett kontekstuell og tidsbestemt. Ifølge Aristoteles er moralske avgjørelser ikke et resultat av instrumentell tenkning (*techné*),

beregninger eller logikk (*episteme*), men springer ut av visdom, evne til å oppfatte en situasjon, forestillingsevne og deltakelse i praksiser (*phronesis*). Bedømmingen av en situasjon starter ved å ta hensyn til de konkrete detaljene knyttet til et bestemt case eller situasjon. Samtidig krever det å bedømme en situasjon evne til å reflektere over generelle prinsipper og standarder. Det er vekslingen mellom de konkrete omstendighetene i en situasjon og de generelle prinsippene som legger grobunn for moralsk riktig handling. Dialogisk etikk tar denne aristoteliske tilnærmingen til etikk (noen ganger kalt dydsetikk) et steg videre gjennom å understreke menneskers avhengighet av hverandre der dialog er vesentlig. Det vektlegges her at avgjørelser tas i fellesskap, altså at moralske vurderinger springer ut fra en dialog blant personer som har et åpent sinn. I denne dialogen kan etikkteori spille en rolle. Det å dele konkrete historier og gjenkjennelige erfaringer er viktig for å utvikle moralsk kompetanse. En konsekvens av dette er at etikkrefleksjon bør starte med konkrete og relevante erfaringer og ikke med hypotetiske tankeeksperimenter eller abstrakte begreper (Abma, Molewijk og Widdershoven 2009).

3.4.3 Diskursetikken

Diskursetikken er en etisk teori som går ut på at normer utvikles og viktige valg tas gjennom en såkalt diskurs (som betyr en gjennomgang eller drøfting). Fokus er altså på selve kommunikasjonsprosessen: Hvordan kommer en frem til et resultat som alle de deltakende partene kan gi sin tilslutning til, eller si seg enig i (det vil si konsensus)? For etikkrefleksjonen vil vi trekke frem to viktige prinsipper, som blant annet er utviklet av den tyske filosofen Jürgen Habermas (1984, 1987). For det første er idealet at kommunikasjonen skal være «herredømmefri» og maktfri. Det vil si at den anerkjenner viktigheten av perspektivmangfold og «kraften i det bedre argument», heller enn hierarkiske posisjoner (jf. kap. 3.2.2.1). For det andre bør alle berørte parter delta i drøftingen av spørsmål som angår dem (Børslett mfl. 2011).

3.5 Modell for systematisk etikkrefleksjon

Generelt kan vi si at etikkrefleksjonsgrupper er en kollektiv og metodisk utforskning av et normativt spørsmål som oppleves viktig. Refleksjonen er alltid koblet til en konkret situasjon. Når det gjelder moralsk kompetanse så er personer som er høyt oppe i hierarkiet i en institusjon eller personer med solid faglig kompetanse, ikke – i kraft av sin stilling eller utdanning – bedre enn andre deltakere i etikkrefleksjonsgrupper. I en etikkrefleksjonsgruppe har man fokus på hvordan man kan lære av deltakere med ulike synspunkter. Uenighet og forskjellighet kan brukes på en konstruktiv måte.

I etikkrefleksjonsgruppemøtet prøver vi ikke å finne sannheten eller det eneste sanne svaret. Vi ønsker å unngå å overbevise den andre eller gi råd til andre deltakere. Det handler ikke om spørsmålet «Hvem har rett?» men om «Hvordan tenker de andre og hva kan vi lære fra hverandre?» Endelig, etikkrefleksjon handler ikke om å undervise i etikk ved hjelp av abstrakt kunnskap eller en lærebok i etikk.

Et godt hjelpemiddel for å sikre at etikkrefleksjonen blir systematisk og strukturert, og at den etiske dimensjon i refleksjonsprosessen blir ivaretatt, er å benytte seg av en etikkrefleksjonsmodell eller en bestemt metode for etikkrefleksjon. Metoden man velger er et verktøy for refleksjon, ikke et hovedmål for refleksjonen. Ulike etikkrefleksjonsmodeller har fordeler og ulemper, og hvilken metode som egner seg best kan være avhengig av situasjonen eller problemstillingen som utforskes. I dette kapitlet har vi valgt å legge mest vekt på SME-modellen som er brukt i PET-prosjektet og som er best kjent i Norge. I slutten av dette kapitlet viser vi kort til to andre metoder for etikkrefleksjon for å illustrere likheter og forskjeller i modeller for etikkrefleksjon: Dilemmametoden og Sokratiske dialog.⁸

⁸ Se vedlegg 2 og 3 for en mer detaljert beskrivelse av de to metodene.

3.5.1 SME-modellen

SME-modellen er en modell for systematisk refleksjon og problemløsning.⁹ Det er en modell inspirert av diskursetikken (se over). Den består av syv trinn:

1. Hva er det/de etiske problemet/-ene?

Noen ganger er det opplagt hva som er det etiske problemet. Imidlertid skjer det ofte i etikkrefleksjoner at hva deltakerne definerer som det etiske problemet innledningsvis kan endre seg etter hvert som nye momenter og perspektiver kommer opp i refleksjonsprosessen. Det kan være utfordrende å skille etiske utfordringer fra faglige utfordringer, og noen ganger er de tett sammenvevd. Systematisk etikkrefleksjon er likevel et nyttig hjelpemiddel for å tydeliggjøre den etiske dimensjonen (se kap. 3.2.2).

2. Hva er fakta i saken?

Hva vet vi? Hva vet vi ikke? Hva trenger vi å vite? Disse spørsmålene bør man søke å klargjøre i refleksjonen. Det er viktig å forsøke å skaffe til veie så mye informasjon som mulig. Her har både psykiatriske, psykologiske, somatiske, psykososiale og åndelige forhold etisk relevans. Men man må også være åpen for at kunnskapen man har er usikker. Samtidig er det en viktig øvelse å skille fakta fra tolkning, og her har etikkveilederen en sentral rolle.

3. Hvem er de berørte parter, og hva er deres syn og interesser, ønsker og verdier?

Hva sier pasienten selv? Pårørende? Er pasienten samtykkekompetent eller ikke i forhold til det aktuelle problemet? Hva med helsepersonellet her: Kan det være mange berørte på ulike nivåer? Noen ganger er samfunnet en berørt part, for eksempel hvis

⁹ SME-modellen er en generell modell for problemløsning og en slik systematisk fremgangsmåte ved problemløsning brukes i mange sammenhenger.

man er redd for at pasienten kan skade andre eller det er viktige prioriteringsspmå involvert.

4. Hvilke verdier og/eller etiske prinsipper og normer er aktuelle?¹⁰

En etisk problemstilling involverer viktige verdier og normer. For å tydeliggjøre refleksjonen kan det være en fordel å kjenne til noen etiske begreper, som for eksempel de fire bioetiske prinsippene (respekt for autonomi, velgjørenhet, ikke-skade og rettferdighet), eller normative etiske teorier som pliktetikk, konsekvensetikk, dydsetikk og omsorgsetikk. En annen tilnærming er den kasuistiske. Den legger ikke vekt på etiske begreper og teorier, men tar utgangspunkt i tidligere erfaring, og retningslinjer lokalt, regionalt eller nasjonalt som kan hjelpe i refleksjonen. Kjenner vi til eksempel fra liknende situasjoner som ble løst på en god måte? Hva kan vi lære av dem som kan bidra til å kaste lys over den aktuelle problemstillingen?

5. Hvilke lover og retningslinjer er aktuelle?

Ofte er lovverk, forskrifter og retningslinjer svært viktige å få korrekt belyst i etikrefleksjonen siden de kan sette rammer for praksis. Ikke sjelden oppstår problemstillinger i skjæringsfeltet mellom etikk og jus, for eksempel om man kan legge inn på tvang en suicidal pasient som ikke har en alvorlig sinnslidelse.

6. Hvilke handlingsalternativer finnes?

Handlingsalternativer kan omfatte behandling og omsorg, kommunikasjon mellom berørte parter, dokumentasjon og kvalitetssikring. Som følge av den kollektive refleksjonen kommer man gjerne opp med mange relevante handlingsalternativer knyttet til en problemstilling. Man må forsøke å unngå å gå for fort til

¹⁰ Noen ganger blir punkt fire og fem i SME-modellen presentert som ett punkt. I PET-prosjektet har vi funnet det hensiktsmessig å skille henholdsvis verdier, etiske prinsipper og normer fra lover og retningslinjer.

handlingsalternativene fordi det er viktig å ha skapt et tilstrekkelig solid grunnlag av fakta, berørte parter, verdier og lover først.

7. Helhetsvurdering, eventuelt konklusjon og oppfølging

Ut fra en gjennomgang av alle ovenstående momenter og en samlet vurdering skal man nå forsøke å avgjøre hva som skal veie tyngst av alle momenter som har kommet opp i refleksjonen, hva som fremstår som det beste handlingsalternativet og hva som bør skje videre i saken. Noen ganger vil det ikke være mulig å konkludere i forhold til hva som er det beste handlingsalternativet, og konklusjonen kan da fokusere på hva som vil være en god prosess videre, for eksempel hvem som bør involveres, hvem som har beslutningsmyndighet og klargjøre eventuelle klagemuligheter.

3.5.2 Eksempler på andre modeller for etikkrefleksjon

3.5.2.1 Dilemmametoden

En etikkrefleksjonsgruppe som anvender Dilemmametoden må ha et konkret dilemma. Et etisk dilemma betyr at to handlingsalternativer er gjensidig utelukkende. Ved bruk av dilemmametoden er det et ideal at de to handlingsalternativene beskrives så konkret som mulig. Dilemmametoden er utviklet i Nederland og er sammen med Sokratiske dialog den mest brukte i helsetjenesten og i opplæringen av etikkveiledere i Nederland (Graste 2003, Molewijk mfl. 2008a).¹¹

¹¹ Følgende litteratur kan anbefales for de som ønsker å lære mer om Dilemmametoden: Molewijk og Ahlzen 2011; Stolper, Molewijk og Widdershoven 2015.

3.5.2.2 Sokratiske dialog

Den Sokratiske dialogen stammer fra den Sokratiske metoden (SM) som er utviklet i Tyskland (Heckmann 1993). Metoden er utviklet videre av blant andre Jos Kessels fra Nederland. En Sokratiske dialog kan vare fra 45 til 120 minutter (den Sokratiske metoden kan ta 1–5 dager). En Sokratiske dialog er mindre strukturert enn Dilemmametoden og derfor krever den en mer erfaren etikkveileder som har kompetanse i å styre prosessen og refleksjonen. I Sokratiske dialog er et godt etisk eller filosofisk spørsmål av mer grunnleggende og abstrakt karakter, men refleksjonen handler fortsatt om en konkret sak. For eksempel: «Når er det tillatt å gripe inn i en situasjon?» eller «Hva betyr det å være fri?»¹²

3.5.3 Likheter og forskjeller mellom SME-modellen, Dilemmametoden og Sokratiske dialog

I Dilemmametoden og Sokratiske dialog er det viktig å ha et spørsmål i utgangspunktet, samt å svare på spørsmålet med begrunnelser og argumenter. I SME-modellen kan man arbeide med hva som er det etiske spørsmålet den tiden refleksjonsgruppen er samlet, men ofte er det også nødvendig å avklare hva spørsmålet er for å kunne foreslå gode handlingsalternativer i en situasjon som påkaller handling. I Dilemmametoden og Sokratiske dialog er det også fokus på hvordan hver enkelt deltaker argumenterer og hvilke verdier og normer det blir henvist til, mens dette er mindre tydelig i SME-modellen, der man er mer opptatt av den felles refleksjonen rundt det konkrete spørsmålet. Dilemmametoden er mer strukturert, mens Sokratiske dialog er en åpen eller naturlig samtale. Samtidig må den som leder en Sokratiske dialog være særlig bevisst den underliggende struktur eller hensikten med samtalen. I SME-modellen kan man følge de ulike trinnene, men det er like vanlig at man beveger seg frem og tilbake mellom trinnene etter

¹² Følgende litteratur kan anbefales for de som ønsker å lære mer om Sokratiske dialog: Kessels 2001; Bolten 2001; Kessels, Boers og Mostert 2009.

hvert som refleksjonen utvikler seg. SME-modellen er derfor en mer syklisk modell mens Dilemmametoden og Sokratiske dialog er mer kronologisk i fremgangsmåten. I SME-modellen tilstreber man oftest å konkludere, men noen ganger er situasjoner så komplekse at man trenger å ha flere refleksjonsmøter før man kan konkludere.

Et sentralt utgangspunkt for Dilemmametoden og Sokratiske dialog er at alle deltakerne svarer på det spørsmålet som er formulert: «Hva ville jeg gjort hvis jeg var i samme situasjon?» Grunnen til det er at man ønsker at alle deltakerne deler med de andre hva de tenker og mener om saken og de skisserte løsningene. Alle deltakere må ta ansvar og ta stilling. Man forsøker samtidig å unngå at deltakerne direkte eller indirekte gir råd til den som legger frem problemet med hensyn til hva han/hun bør gjøre. Dette har også å gjøre med å fremme likhet og trygghet i gruppen.

SME-modellen legger større vekt på den kollektive refleksjonen, samt at det trinnet i modellen som kalles «handlingsalternativer» påkaller forslag til hvordan den som legger frem kan håndtere det etiske problemet. Det samme gjør konklusjonen. Samtidig sier deltakere i etikkrefleksjonsgrupper at noe av det de verdsetter ved denne arenaen er muligheten for å kunne snakke åpent om etiske utfordringer og at dialogen i seg selv er nyttig og utviklende, også om man ikke lander på konkrete handlingsalternativer.

3.6 Dialog, trygghet og kjøreregler i etikkrefleksjon

I PET-prosjektet har vi opplevd at deltakere i etikkrefleksjonsgrupper ikke alltid har en klar forståelse av hva det betyr å delta i en etikkrefleksjonsgruppe og hva slags holdning som er mest fruktbar for etisk refleksjon. Etikkveiledere får vanligvis opplæring og øvelse i hvordan skape trygghet og fremme dialog, mens deltakerne i etikkrefleksjonsgrupper ikke får dette. Derfor er det viktig å klargjøre tidlig hva vi forventer når det gjelder deltakelse i etikkrefleksjonsgrupper. I dette kapitlet fokuserer vi derfor på betydningen av å legge til rette for dialog og trygghet, og vi beskriver noen kjøreregler.

3.6.1 Dialog

Dialog og kvaliteten på dialogen i etikkrefleksjonsgruppene er viktig for et trygt og godt læringsmiljø. Idéen og idealet om dialog er ikke primært for å være hyggelig eller vise respekt overfor medarbeidere i etikkrefleksjonsgrupper. Tvert imot er dialog en teoretisk og praktisk forståelse av hvordan moralsk erfaring og visdom – eller kunnskap – utvikler seg. En god dialog krever en aktiv lyttholdning, en konstruktiv og utforskende holdning og at man er oppriktig interessert i å undersøke forskjeller og likheter i hvordan deltakere tenker om etiske problemstillinger.

David Bohm skrev om hvordan forskjellen mellom en dialog og en diskusjon kommer til uttrykk på forskjellige måter i interaksjonen mellom deltakerne:

Diskusjon er nesten som et ping-pong spill hvor deltakerne sender idéer frem og tilbake og der hensikten er å vinne eller få poeng selv. Mest sannsynlig plukker du opp idéer fra en annen deltaker for å underbygge dine egne argumenter ... Du er enig med noen og uenig med andre, men hovedpoenget er å vinne spillet. Dette skjer ofte i en diskusjon.

I en dialog, derimot, prøver ingen å vinne. Alle vinner hvis en vinner. Det er en annen kvalitet i en dialog, hvor det å vinne poeng eller at ens egne synspunkter skal dominere ikke er i fokus. Tvert i mot, når noe forstås feilaktig, uansett av hvem, angår det alle. Det er en vinn-vinn situasjon hvor vi ikke spiller spill mot hverandre, men med hverandre. I en dialog vinner alle.

(Bohm 1996/2004; vår oversettelse)

I en diskusjon handler det ofte om hva generell kunnskap hevder og en grunnleggende holdning om å vite og å overbevise de andre deltakerne (dømming). Angrep og forsvar med retoriske argumenter og rask tenkning er en viktig del av prosessen i en diskusjon. I diskusjonen har man ofte fokus på et resultat, et svar eller en løsning. Grunnleggende spørsmål er: Hvem har rett? Hva er best? Hva er den beste beslutning?

I en dialog handler det om langsom tenkning og en grunnleggende holdning om å ikke vite siden det dreier seg om moralsk kunnskap (og

moralsk kunnskap kan man ikke bevise). Deltakerne prøver å utsette dømmingsprosessen og å lytte oppriktig uten motstand. Det handler om en åpenhet, undring og undersøkelse av forskjellige hypoteser eller spørsmål. I en dialog har man fokus på kunsten å stille spørsmål og en kollektiv tenkningsprosess (i stedet for en individuell tenkning som i en diskusjon).

Det sentrale punktet her er ikke at diskusjon (eller debatt) er en dårlig type kommunikasjon. Men når en ønsker å reflektere om moralsk kunnskap og personlige og ofte usikre erfaringer – der man trenger et trygt læringsmiljø – da er en dialog mest hensiktsmessig.

3.6.2 Trygghet

Som sagt er trygghet nødvendig for et effektivt læringsmiljø. Men hvordan skaper man trygghet i en etikkrefleksjonsgruppe? Før vi diskuterer det, skal vi komme med noen avklaringer og presiseringer. For det første, å føle seg (u)trygg er en personlig og subjektiv opplevelse. Selv om deltakere i en refleksjonsgruppe er hensynsfulle overfor hverandre, er det ingen garanti for at alle føler seg trygge. Videre kan trygghet fremmes hvis deltakere og etikkveileder på en god måte håndterer situasjoner der noen opplever utrygghet, for eksempel ved å vise empati og aksept. For det tredje kan man ikke på forhånd bestemme at man skal ha et trygt miljø eller gruppeprosess, den må deltakerne kontinuerlig skape i fellesskap. Til slutt, anbefales det ikke at man spør om alle kjenner seg trygge fordi det forutsetter at man føler seg trygg nok til å svare ærlig på spørsmålet.

Trygghet i etikkrefleksjonsgrupper er et sårbart fenomen fordi de temaer som tas opp ofte handler om personlige, usikre og sensitive situasjoner. Det dreier seg ikke bare om hva vi mener med «respekt for pasientautonomi», men også om hvordan man tenker at man bør være som person eller profesjonsutøver i møte med pasienter, pårørende og kolleger. Etikken handler om normative spørsmål, ofte av typen hvordan jeg forstår meg selv som person. For å unngå utrygghet i gruppen er det

derfor viktig at deltakere ikke fordømmer hverandres atferd, hverandres meninger eller hverandre som person. Det er også grunnen til at vi ønsker å unngå at deltakere gir råd til hverandre fordi å få råd kan oppleves som kritikk. Når vi utforsker en etisk problemstilling i gruppen, spør vi heller deltakerne om de kan forestille seg hvordan det vil kjennes å være i den andres situasjon. Det kan bidra til at vi unngår en atmosfære hvor deltakere forsvarer eller rettferdiggjør seg selv. En annen måte å unngå utrygghet på er å forhindre at vi snakker om at noe er feil eller riktig.

En annen grunn til at trygghet i etikkrefleksjonsgrupper er sårbart handler om at moralsk kunnskap er usikker og at deltakere vil bedømme situasjoner ulikt. Derfor er det et poeng innledningsvis i etikkrefleksjonsgrupper å informere deltakerne om at usikkerhet og uenighet er en del av etikken, og at man kan lære av forskjellige synspunkter. Det er en kunst å kunne stille utforskende spørsmål om et tema eller en problemstilling uten at man blir oppfattet som truende. Konstruktiv uenighet er et viktig stikkord her (Kellermanns mfl. 2007). Måten, og med hvilken hensikt, man stiller utforskende spørsmål på er også relevant. Som veileder i etikkrefleksjonsgrupper er det viktig å være bevisst på det, og hjelpe deltakerne med konstruktive formuleringer. Etikkveileder – og deltakerne – kan speile det som blir sagt. Det er flere grunner til at speiling er et godt virkemiddel for å skape trygghet: For det første bidrar det til å senke tempoet i dialogen og fremme refleksjon; for det andre føler den som blir speilet seg hørt og akseptert; for det tredje sikrer speiling at man har forstått det den andre har sagt.

3.6.3 Kjøreregler

Nedenfor følger eksempler på kjøreregler for å sikre en konstruktiv dialog. Det kan være nyttig at man informerer deltakerne om det innledningsvis i gruppen eller man kan henge opp en plakat på arbeidsplassen med de viktigste kjørereglene. I innledningen til hvert møte kan man for eksempel si at hensikten ikke er å finne sannheten eller det eneste riktige svaret, samt poengtere idealet om å lære av hverandres ulike synspunkter. En av de deltakende avdelingene i PET-prosjektet innledet hver

etikkrefleksjonsgruppe med presisering av betydningen av lytting, en ikke-dømmende holdning og respekt. På den måten skapte de et forum for etikkrefleksjon som ble opplevd som trygt og åpent.

Holdning

- Vis respekt og ta hensyn.
- Delta på en konstruktiv måte.
- Si hva du mener, del med de andre.
- Still gode, ærlige, korte og åpne spørsmål (unngå «skuespill» eller å være djevelens advokat).
- Prøv å «lytte med begge ører» (ikke forsøk å overbevise).
- Tenk sammen, unngå å argumentere med hverandre.

Praktisk

- Senk tempoet når du snakker.
- Speil gjerne det andre deltakere sier - det sikrer forståelse og at de andre føler seg hørt.
- Forsøk å formulere deg kortfattet og enkelt (forståelig).
- Sjekk om spørsmålene er besvart eller i hvert fall har blitt snakket om.
- Vær konkret.
- Still åpne spørsmål.

I dette kapitlet har vi diskutert ulike aspekter ved etikkrefleksjon. I neste kapittel presenterer vi resultater fra forskningen vi har gjort i PET-prosjektet om betydningen etikkrefleksjonsgrupper kan ha i praksis.

4. Hvilken betydning hadde systematisk etikkrefleksjon i PET-prosjektet?

Før vi beskriver hvilken betydning systematisk etikkrefleksjon hadde for PET-prosjektet, skal vi kort gjøre rede for hva som foregår i en etikkrefleksjonsgruppe slik de har blitt gjennomført i PET-prosjektet. En gruppe medarbeidere samler seg på et avtalt tidspunkt for å reflektere over en aktuell og utfordrende situasjon som en eller flere av dem står overfor i sin kliniske hverdag. Refleksjonen ledes av en etikkveileder. Vanligvis er det også en co-veileder til stede, og vedkommendes oppgave er blant annet å skrive ned det viktigste som kommer frem i refleksjonen. SME-modellen for etikkrefleksjon benyttes (jf. kap. 3.5.1).

Prinsipielt er det viktig å evaluere etikkrefleksjonsgrupper fordi det for det første gir mulighet til å undersøke om etikkrefleksjonsgrupper støtter de ansattes behov. For det andre kan evaluering bidra til å styre eller justere organisering og gjennomføring av etikkrefleksjonsgrupper. Videre er evaluering viktig for at man skal kunne tilpasse bruk av metoden for etikkrefleksjon. For det fjerde gir evaluering økt eierskap til etikkrefleksjon, og til sist legger den til rette for effektiv bruk av resultatene fra etikkrefleksjonsgrupper.

Vi har brukt ulike forskningsmetoder for å undersøke betydningen av systematisk etikkrefleksjon i PET-prosjektet, både kvantitative og kvalitative metoder. Begge metodene er viktige da de gir oss informasjon både om utbredelse, omfang og hyppighet (kvantitative data i form av tall) og om erfaringer (kvalitative data i form av tekst).

4.1 Kvantitativ evaluering av etikkrefleksjonsgrupper

Det ble gjennomført i alt 214 refleksjonsgrupper i de 7 avdelingene i løpet av 2 år. I en spørreskjemaundersøkelse (gjennomført høsten 2013 og høsten 2014) spurte vi de ansatte om hvordan de vurderte etikkrefleksjonsgruppene som hadde blitt gjennomført de siste 12

måneder (Molewijk mfl., under arbeid). De ansatte besvarte også noen spørsmål knyttet til arbeidsplassen mer generelt blant annet om involvering av pasient og pårørende, og om holdninger til tvang og tverrfaglig samarbeid. De sistnevnte spørsmålene ble også besvart av ansatte før oppstart av refleksjonsgruppene for å se om disse svarene endret seg.

4.1.1 Helsepersonells evaluering av etikkrefleksjonsgrupper

Deltakerne var godt fornøyd med etikkrefleksjonsgruppene både når det gjaldt kvalitet, prosessen, nytte og etikkveileders rolle i etikkrefleksjonsgruppene. Alle deltakerne i etikkrefleksjonsgruppene var enig i at det å reflektere over verdier og normer på arbeidsplassen er nyttig. Jo mer de ansatte deltok i etikkrefleksjonsgrupper, jo mer positive var de. Dette kan enten bety at jo mer man deltar i etikkrefleksjonsgrupper, jo mer positiv blir man, eller at jo mer positivt man vurderer etikkrefleksjon, jo oftere vil man delta i etikkrefleksjonsgrupper.

Vurderingen av etikkrefleksjonsgrupper varierte mellom de ulike avdelingene. Det kan for eksempel skyldes hvordan etikkveilederne gjennomførte gruppene, hvordan lederne støttet etikkarbeidet, i hvilken grad de ansatte opplevde at refleksjonsgruppene hjalp dem i deres arbeidshverdag, og om de ansatte hadde alternative møter der de kunne ta opp etiske dilemmaer. Vi har også sammenlignet hvordan forskjellige yrkesgrupper vurderte etikkrefleksjonsgrupper. Alle yrkesgrupper var gjennomgående fornøyd, og lederne viste seg å være mest fornøyd.

4.1.2 Etikkveilederes evaluering av etikkrefleksjonsgrupper

De 21 etikkveilederne som ledet refleksjonsgruppemøtene vurderte kvaliteten på etikkrefleksjonen til å være svært god. På en skala fra 1 til 10 (der 1 tilsvarte «svært dårlig», og 10 tilsvarte «svært godt») lå svarene på 8,0 det første året og 8,1 det andre året. Vurderinger av

gruppeprosessen i etikkrefleksjonsgruppene, resultatene av etikkrefleksjonsgruppene og egen rolle som etikkveileder lå på omtrent samme nivå. Det andre året var etikkveilederne litt mer fornøyd.

Etikkveilederne var enda mer positive til etikkrefleksjonsgruppene enn de ansatte og dette kan forklares på forskjellige måter. En grunn kan være at etikkveilederne var høyt motiverte og trolig generelt positivt innstilt til etikkrefleksjon. En annen grunn som kan forklare forskjellen er at etikkveilederne fylte ut et kort evalueringsskjema (på en side) umiddelbart etter hver etikkrefleksjonsgruppe mens de øvrige ansatte fylte ut et større spørreskjema (10 sider med spørsmål også om andre temaer som tvang, samarbeid etc.) bare en gang i året. Det kan tyde på at det de husket om verdien av etikkrefleksjonsgrupper muligens var mindre «ferskt» sammenliknet med etikkveilederne, og at vurderingen handlet om et totalbilde av flere etikkrefleksjonsmøter gjennom hele året.

4.1.3 Evaluering av etikkrefleksjonsgrupper fra ansatte som presenterte etisk utfordrende situasjoner

De ansatte som hadde presentert en etisk utfordring som ble tatt opp i refleksjonsgruppen var også enda mer fornøyd enn de andre deltakerne. De mente at etikkrefleksjonsgrupper var spesielt nyttig for å lære av hverandre, få et blikk utenfra, få en bred gjennomgang av etiske spørsmål, klargjøre de etiske utfordringene og få innspill til hvordan man kunne nærme seg situasjonen.

4.1.4 Betydning av etikkrefleksjonsgruppene for praksis i hverdagen

Vi prøvde også å undersøke om etikkrefleksjonsgruppene hadde betydning for de ansattes holdninger til tvang, involvering av pasienter og pårørende og for samarbeidet mellom de ansatte. Mange ansatte var usikre på dette når de ble spurt direkte. Men når vi sammenlignet hva de

ansatte svarte før, under og etter utprøvingen av refleksjonsgrupper – spesielt om sine holdninger til bruk av tvang (og særlig i forbindelse med opprettholdelse av sikkerhet og mulighet for å gi omsorg), i hvilken grad pasienter ble involvert ved bruk av tvang, og i hvilken grad ulike oppfatninger blant ansatte kunne snakkes om på en konstruktiv måte – så var det signifikante endringer. Dette kan bety at etter innføringen av etikkrefleksjonsgruppene – selv om vi ikke kan si at det er en klar årsakssammenheng – ble de ansatte mer kritiske til å bruke tvang, de rapporterte at involveringen av pasientene økte ved bruk av tvang og ulike oppfatninger og uenighet blant ansatte ble oftere håndtert på en mer konstruktiv måte.

En del ansatte som ikke deltok i etikkrefleksjonsgrupper svarte at de opplevde at etikkrefleksjonsgrupper hadde hatt positive ringvirkninger utover selve gruppene. De skrev for eksempel:

Om etikk og bevissthet:

- «Etikk blir en mer synlig del av kliniske beslutningsprosesser.»
- «Økt bevissthet for de som ikke har deltatt via de som har deltatt.»
- «Flere har kommet tilbake med gode og viktige refleksjoner som vi alle har brukt videre.»
- «Erkjenner viktigheten av å ha en møteplass for etisk refleksjon.»
- «Hører positive meldinger fra medarbeiderne på posten/interesse for gruppen.»

Om samarbeid:

- «Opplever et mer åpent og reflektert arbeidsforhold mellom kolleger og ledelse.»

Om bruk av tvang:

- «Øker bevisstheten vedrørende tvangsbruk og bidrar til å avdekke uformell tvangsbruk.»
- «Refleksjon rundt tema bidrar til mer riktig bruk.»

4.2 Kvalitativ evaluering av etikkrefleksjonsgrupper

For å sikre at prosjektet ble grundig evaluert også med kvalitative forskningsmetoder gjorde vi fokusgruppeintervjuer både høsten 2013 og høsten 2014, det vil si etter at de hadde hatt etikkrefleksjonsgrupper i henholdsvis ett og to år. Til sammen intervjuet vi 127 deltakere i 20 fokusgruppeintervjuer. Gruppene var satt sammen av klinikere fra ulike profesjoner, samt ledere på ulike nivåer. Vi ba dem beskrive sine erfaringer med å ha gjennomført etikkrefleksjonsgrupper, og vi ønsket at de skulle fortelle om hvordan etikkrefleksjonsgruppene hadde betydning for det å reflektere systematisk sammen, fokuset på etiske utfordringer, bevissthet om og bruk av tvang, samarbeid og involvering av pasienter og pårørende.

4.2.1 Den strukturerte modellen for refleksjon er nyttig

De fleste deltakerne i etikkrefleksjonsgruppene verdsatte den systematiske måten å håndtere etiske utfordringer på som bruk av SME-modellen for etikkrefleksjon ga (jf. kap. 3.5.1). Noen steder har denne tilnærmingen til etiske utfordringer blitt en del av kulturen, det vil si at helsepersonellet prøver å nærme seg ulike etiske utfordringer på en systematisk måte. Dette kan bety at de anerkjenner de etiske utfordringene de står overfor og snakker om dem på en strukturert måte, noe de ikke gjorde før de begynte med etikkrefleksjonsgrupper. SME-modellen fungerer derfor som en god guide for refleksjonen. Det sikrer en systematisk og godt strukturert tilnærming for å snakke om etiske utfordringer som igjen gir rom for alle til å delta aktivt i gruppen.

Dialogen mellom deltakerne gir med andre ord mulighet for at flere perspektiver på den etiske utfordringen får plass.

Oppmerksomheten på verdier og normer som SME-modellen legger til rette for – og invitasjonen til deltakerne om å dele sine synspunkter – bidrar til større forståelse for forskjellige perspektiver, for eksempel om bruk av tvang. Likedan har fokus på ulike alternativer for å håndtere de etiske utfordringene blitt evaluert positivt av de fleste deltakerne. Men det er viktig å merke seg at modellen i seg selv ikke gir noen garanti for en vellykket refleksjonsgruppe. Modellen bør brukes på riktig måte, og det kan være ulike oppfatninger om hva som er riktig bruk av modellen. For eksempel sier flere deltakere at det er viktig at bruken av modellen ikke blir altfor rigid. I en av avdelingene opplevde helsepersonellet at en streng måte å bruke modellen på hindret den naturlige flyten i refleksjonsprosessen. Noen av deltakerne der erfarte at det ble vanskeligere å bidra til refleksjonen fordi etikkveilederen sa at de ennå ikke var kommet til det punktet de var opptatt av i refleksjonsmodellen, og mente at etikkveilederen brukte modellen på en for «lineær» måte. En annen deltaker nevnte at etikkveilederen hadde for mye fokus på hvor man skulle plassere innspillene fra de ansatte i modellen. Dette førte til mer oppmerksomhet på hvordan de brukte modellen enn på innholdet i saken.

Flere deltakere beskriver at de tidligere hadde en tendens til å ha meninger eller få sterke emosjonelle reaksjoner i en aktuell situasjon. Etter å ha deltatt i etikkrefleksjonsgrupper synes de i større grad å være i stand til å jobbe analytisk med de etiske utfordringene de står overfor. Denne "bevegelsen" bidrar til at de blir mer bevisste, og det sikrer en mer strukturert tilnærming til moralsk krevende situasjoner. En sa:

Jeg opplever at vår måte å snakke med hverandre er forskjellig fra når vi har møter hvor vi diskuterer pasientbehandling. Folk er roligere ... folk er ikke så emosjonelle. Jeg tror vi deler vanskelige problemstillinger på en annen måte i disse møtene.

Den kategorien i SME-modellen som dreier seg om handlingsalternativer er nyttig siden den belyser at det er flere alternativer eller

fremgangsmåter i en bestemt situasjon. Flere fortalte at bruk av modellen kan være nyttig i refleksjoner rundt andre temaer enn tvang også, og at de hadde brukt modellen i behandlingsmøter. En sa det slik: "Jeg opplever at jeg er klar over de ulike stadiene i modellen, jeg er bevisst på dem, og de dukker opp i andre situasjoner også".

4.2.2 Faglig utvikling og bedre kvalitet på behandlingen

Når det gjelder etikkrefleksjon, sier noen de tror det viktigste er å være "i prosess". Det betyr at de inntar en holdning der det å dele forskjellige meninger og synspunkter blant kolleger har en verdi i seg selv. De erkjenner at de har blitt i stand til å reflektere mer enn før; noen sa de pleide å handle mer reaktivt før de startet med etikkrefleksjonsgrupper. Det at de føler at de reflekterer bedre enn før gjør at de føler seg tryggere som profesjonelle. En sa:

Det første skrittet mot endring er å anerkjenne at bruk av tvang er en integrert del av en kultur som er vant til å sette grenser for andre. Gjennom etikkrefleksjonsgrupper blir språket vårt utfordret på hva vi faktisk gjør. Det blir stilt spørsmålstegn ved våre begreper og måten vi bruker dem på.

Mange forteller at samtalene i refleksjonsgrupper har hjulpet dem til å utvikle et språk som beskriver de etiske utfordringene de står overfor. Deltakelse i slike refleksjoner gjør helsepersonell mer erfarne når det gjelder å identifisere etiske utfordringer. En deltaker brukte ordet "dannelse" om opplevelsen av at gjennomgangen de har i etikkrefleksjonsgruppene skaper faglig utvikling blant kolleger over tid. Denne deltakeren antyder at noen mener deres holdninger er i endring fra å være rigide og lite fleksible til å bli mer åpne og at de i mindre grad lar seg bli styrt av formelle regler eller vaner. Deltakerne sier at de har utviklet en økt bevissthet om det faktum at det ikke alltid er én løsning eller ett konkret svar på en situasjon. De rapporterer at de har utviklet et rom for refleksjon hvor det er mulig å stille spørsmål som «Hva kunne jeg gjort annerledes?» De er mer enn tidligere i stand til å se alternativer. Videre sier flere at «Det er viktig å reflektere over hvordan bruk av tvang

påvirker meg». De opplever at de har utviklet en styrket kompetanse til å gjøre mer riktige beslutninger, noe som igjen øker deres trygghet som yrkesutøvere. «Kritisk refleksjon skaper bedre behandling», sa en.

Videre rapporterer de at felles refleksjon om etiske utfordringer har skapt større toleranse for andre meninger enn før, noe som igjen styrker evnen til å være selvkritisk. De har utviklet et bredere perspektiv, de opplever at holdningene deres har endret seg, og de ser verdien av å belyse ulike meninger eller å utnytte hverandres perspektiver og kompetanse.

4.2.3 Håndtering av følelser i etikkrefleksjon

Helsepersonell er ofte en berørt part i kliniske situasjoner, og det er rom for å dele dette (henviser til "berørte parter" i refleksjonsmodellen). De forteller at de får hjelp til å sortere vanskelige følelser, og alle erkjenner at de har mye å lære. De sier at SME-modellen er en støtte når det gjelder å holde fokus på løsninger i en situasjon («Hvordan skal vi håndtere dette dilemmaet?») heller enn å ikke bli overveldet av sine følelser.

Deltakerne verdsetter det å koble følelser til de verdiene som står på spill, noe som er en annen måte å ramme inn og romme dem på.

Folk kan uttrykke sine følelser, men det er annerledes, dialogen er innrammet på en slik måte at de ikke kan anklage sine kolleger eller bli overveldet av sine følelser. Man kan snakke om følelser, reflektere, og koble dem til verdier.

Videre sa noen at refleksjonene var av lav kvalitet hvis man fokuserte for mye på følelser. Noen deltakere mente at de ville ha størst nytte av etisk refleksjon dersom de fikk mer kunnskap om normative teorier og brukte disse mer aktivt i refleksjonen av etiske utfordringer.

Deltakere på en annen avdeling opplevde – etter å ha deltatt i etikkrefleksjonsgrupper – at de ble mer engstelige for å gjøre feil i behandlingen av pasientene. De kunne se at de tidligere hadde hatt en tendens til å handle eller agere for raskt i situasjoner i stedet for noen

ganger å avvente og reflektere kritisk over hva som ville være den beste måten for å nærme seg situasjonen. Det å handle uten å reflektere kan føre til en etisk problematisk og ukritisk praksis som for eksempel å legge pasienter for raskt i belter uten at alternativer er vurdert eller prøvd ut. Samtidig kan engstelse for å gjøre noe feil føre til at de griper inn for sent. I en slik krisesituasjon førte dette trolig til at pasienten mistet kontroll og utagerte. Etter denne hendelsen trengte de å arbeide med hvordan de kunne balansere godt mellom å gripe inn, ikke gripe inn eller forsøke å finne alternative måter å gripe inn på.

4.2.4 Økt bevissthet om bruk av tvang og bedre involvering av pasient og pårørende

Deltakerne forteller at de har utviklet en kritisk holdning til – eller en økt bevissthet om – bruk av tvang. De sier de reflekterer og stiller flere spørsmål enn før om sin egen praksis. Deres tenkning er skjerpet, slik at bruk av tvang ikke blir en rutine. Etikkrefleksjon bidrar til at helsepersonell er mer proaktive, noe de mener er en indikator på god kvalitet. Derfor er de i stand til å reise nye og selvkritiske spørsmål som for eksempel «Hva er det vi egentlig gjør?»

4.2.4.1 Økt bevissthet om uformell tvang

Økt bevissthet resulterte blant annet i at de erkjente at mellom bruk av makt og tvang er det glidende overganger: På den ene siden av kontinuumet finner en bruk av makt og uformell tvang (ofte usynlig eller subtil som å bruke manipulasjon eller press), og på den andre siden finner en formell tvang (ofte synlig og konkret som å bruke belter eller tvangsmedisinering). Vår studie tyder på at deltakelse i etikkrefleksjonsgrupper har gjort at helsepersonell har blitt mer bevisste på makten de har og at bruk av uformell tvang er en del av det. De stiller seg selv spørsmål om «hvordan de tvinger pasienter», for eksempel:

Hvordan tar vi imot en pasient? Hvordan nærmer vi oss pasient og familie når de kommer til akutenheten i en krise? Hvordan viser vi

omsorg? Tilbyr vi noe å drikke? Er vi vennlige og informerer vi om årsaken til at vi må gå gjennom pasientens bagasje?

I tråd med dette innser de at etikkrefleksjonsgrupper har betydning for bevissthet om såkalte småskalafenomener. De hevder også at de har utviklet økt fokus på mer korrekt bruk av tvang og alternativer til tvang: «Hva slags begrensninger bør vi skape for denne pasienten i denne situasjonen? Hvor lang tid bør hun være skjermet? Hvor lang tid skal pasienten få lov til å være utenfor avdelingen?» De fokuserer kritisk på sine daglige rutiner: «Vi har diskusjoner om hvor lenge folk skal få lov til å bli i sengen, hvor, når bør vi gripe inn, hva bør vi gjøre?»

4.2.4.2 Bevissthet om begrepene «oss» og «dem»

På noen avdelinger var det en tendens til å trekke en skillelinje mellom «oss» og «dem», det vil si «oss» som fagfolk og «dem» som pasienter. Deltakerne beskrev økt bevissthet om den potensielt negative betydning slike kategoriseringer kan ha og om hva man snakker om når pasientene er til stede. Et eksempel var å dele med kolleger hva man skal gjøre i løpet av kommende helg eller i ferier, noe som kan ses på som uskyldig small-talk eller som et ubevisst eller underbevisst forsøk på å gjøre forskjellen mellom pasienters og fagfolks situasjon synlig.

Selv om du ikke tenker på det, er det en tendens i vår holdning at «jeg har, og du har ikke, jeg kan gå kl. 15:00, du må bli her. Jeg drar til fjells på fredag, du får pizza eller grøt i morgen».

Med andre ord, et kritisk fokus også på hverdagslige aktiviteter i refleksjonsgruppene synliggjorde aspekter de ikke hadde tenkt på fordi de tilhørte de hverdagslige rutinene i avdelingen. De mer dramatiske tingene – de ekstreme tilfellene – knyttet til formell bruk av tvang er mer avgrensede og klare, noe de hverdagslige utfordringene ikke er, hevder deltakerne. Enkelte ansatte mente at refleksjonsgruppene burde fokusere på hverdagslige problemer heller enn ekstreme saker.

4.2.4.3 Samarbeid med pasienten i stedet for tvang og bedre involvering av pårørende

Deltakerne sier de har endret sitt perspektiv ved å begynne å spørre seg selv om hvorfor tvang er nødvendig. De forteller at noen ganger – etter å ha hatt etikkrefleksjon – var det ikke behov for å bruke tvang lenger. Videre fremhever de at systematisk etikkrefleksjon er informativ for klinisk praksis på den måten at den fremmer samarbeid med pasienten: De innleder nå mer systematisk dialog med pasienten, for eksempel om hvordan hun/han opplevde tvang og deres oppfatninger og begrunnelser. Noen ganger ble resultatene fra systematisk etikkrefleksjon skrevet i pasientjournalen, noe som førte til en endring i deres tilnærming til pasienten, eller forandring i tvangen som ble brukt, eller hvordan tvang ble utført. Deltakere fra en avdeling fortalte at en av deres mannlige pasienter nedverdiget kvinnelige ansatte alvorlig og gjentatte ganger:

Pasienten, som var svært fiendtlig mot kvinnelige ansatte, behandlet dem på en motbydelig måte. Han gikk virkelig over alle grenser. De kvinnelige ansatte holdt ham på en armlengdes avstand. Men gjennom etisk refleksjon klarte de å endre sin holdning til ham. De bestemte seg for å begynne å være hyggelig mot ham. De sa til seg selv: «Uansett hva du føler nå, møt ham på en vennlig måte.» Resultatet var at pasienten også endret sin måte å være på mot de ansatte.

Når de ansatte oppfattet denne pasienten som respektløs overfor dem, kan man lett forestille seg at de ble uvennlige og at de kanskje hadde en sterkere tendens til å bruke både uformell og formell tvang overfor ham. Man kan godt forstå hvordan en slik måte å kommunisere på kan utvikle seg til et forhold preget av tvang snarere enn en relasjon der samarbeid er sentralt.

Flere deltakere opplevde at etikkrefleksjonsgruppene førte til mer og bedre involvering av pasient og pårørende. Fremgangsmåten som ble brukt i etikkrefleksjonsgruppene bidro til at de ansatte identifiserte alle berørte parter og deres syn, både helsearbeiderne, pasientene og pårørende. Dessuten var innholdet i dilemmaene som ble tatt opp ofte av typen hvordan man kunne involvere pasient og/eller pårørende og hvordan unngå bruk av tvang. En sa: «Pasientene og familiemedlemmene

beskrives på en respektfull måte i refleksjonsgruppene. Jeg mener dette fører til bedre involvering av pasient og pårørende i vårt kliniske arbeid.»

Noen deltakere var mer usikre når det gjaldt denne mulige betydningen siden de også tidligere hadde forsøkt å involvere pasient og pårørende.

4.2.5 Bedre tverrfaglig samarbeid

4.2.5.1 Reflektere sammen

Generelt satte mange av deltakerne pris på det faktum at etikkrefleksjonsgrupper skapte en arena for strukturert refleksjon, både med kolleger og mellom ulike fagdisipliner. I tillegg oppga noen deltakere at for dem var etikkrefleksjonsgrupper den eneste demokratiske arenaen i arbeidsfellesskapet siden etikkrefleksjonsgrupper – gjennom å legge til rette for at alle deltok i refleksjonen – fjernet hierarkiene mellom kollegene. Mer generelt fremhevet flere deltakere de verdiene som ble praktisert innenfor etikkrefleksjonsgruppene: Likeverd, respekt, aktiv lytting, ta perspektivet til den andre og snakke fritt uten å bli kritisert. De erkjente at etikkrefleksjon i fellesskap tydeliggjør at man ikke er alene når man opplever en etisk utfordring. Det å skape en kultur hvor vanskelige dilemmaer blir behandlet i et tverrfaglig forum er av stor verdi fordi det fører til et kollektivt beslutningsgrunnlag og en felles forståelse av at «konklusjonen eies av alle». Imidlertid blir dette «problematisk når det er få leger til stede», som en av deltakerne sa (se også kap. 4.2.5.2).

4.2.5.2 Bygge en profesjonell kultur på tvers av profesjoner og enheter

Ved å utdype dilemmaer de stod i, og ved å utfordre folks grunnleggende antagelser, var systematisk etikkrefleksjon en måte å bygge en profesjonell kultur på. En ansatt sa eksplisitt at de ønsket å «skape en kultur der vi tar opp utfordringer som et team». Det å lære av hverandre bidrar til teambygging og det danner et bredere grunnlag for samarbeid. Ved å skape felles perspektiver – noe «som er krevende» fordi de ansatte har forskjellig bakgrunn og kommer fra ulike profesjonskulturer – kommer de nærmere som kollegaer. Det er en måte å skape tillit på i

teamet. På den måten blir de mer effektive som team, noe som gjør dem i stand til å tilby bedre pasientbehandling:

Måten vi møter pasienten og familien på når de kommer inn i akuttmottaket for første gang (...) det første møtet, hvordan tar vi vare på dem, det handler om alt du gjør da, som det å tilby en kopp kaffe, informere dem, eller måten du svarer dem på når de ringer.

Å ha refleksjonsgrupper på tvers av enheter, som de fleste av de deltakende avdelingene hadde, betyr å få et blikk fra utsiden på sin praksis. Det skaper nye perspektiver. Det å lære av hverandre «er som å se elefanten fra ulike vinkler», som en sa. Gjennom å få andres blikk på egen praksis lærer de også om de ulike kulturene som finnes i ulike avdelinger og enheter. I tillegg sier de det er viktig å ha grupperefleksjon etter en vanskelig hendelse, blant annet for å snakke om uenighet som kan ha vært med å prege det som skjedde i situasjonen. Men for å vise følelser i refleksjonsgrupper kreves det normalt at man føler seg trygg med kolleger, hevder noen. Det å ikke kjenne hverandre, samt det å ha store grupper kan gå på bekostning av tryggheten, noe som igjen kan ha innvirkning på kvaliteten på etikkrefleksjonen. Noen ansatte følte seg kritisert og misforstått av kolleger fra en annen enhet, og de endte opp med å måtte forsvare seg selv. De fortalte også at de var frustrerte fordi de brukte mye tid på å forklare utfordringer i arbeidet siden de andre deltakerne ikke kjente detaljene rundt deres arbeidssituasjon. De følte at å forsvare og forklare tok tid og energi bort fra å konsentrere seg om dialogen om den etiske utfordringen de sto overfor. De ansatte på denne avdelingen ga opp å ha etikkrefleksjon sammen med en annen enhet, og hadde refleksjonsgrupper på egen enhet i stedet.

Ved flere avdelinger savnet man deltakelse av psykiatere og psykologer i etikkrefleksjonsgruppene. Flere sa at psykiatere og psykologer – fordi de har det endelige beslutningsansvaret for pasientbehandlingen – bidrar med et annet perspektiv enn pleiepersonalet, som er den gruppen som deltar mest i gruppene. Mange sa at det er et problem - på grunn av behovet for å utvikle større forståelse for hverandres perspektiver. På et par avdelinger hadde de bestemt seg for å gjøre det obligatorisk å ta del i etikkrefleksjonsgruppene for de som var hovedansvarlig for

pasientbehandling. Dette resulterte i økt trygghet hos alle når det gjaldt det å skape en felles plattform for pasientbehandlingen.

Flere deltakere fortalte at noen av de ansatte som deltok på refleksjonsgrupper ikke tok aktivt del i refleksjonen. De ble oppfattet som passive og bare lyttende. Derfor var det ofte de samme personene som initierte dialoger i disse gruppene, det vil si de som presenterte spørsmål og temaer og fulgte opp i refleksjonen. Av den grunn var ikke de ansatte i disse gruppene i stand til å dra nytte av hverandres kompetanse i så stor grad som de ønsket eller kunne ha gjort. Ifølge disse deltakerne var det å bygge en felles kultur på arbeidssstedet utfordrende på grunn av manglende engasjement.

4.2.6 Oppsummerende om funn fra den kvalitative evalueringen av etikkrefleksjonsgrupper

Samlet sett viser den kvalitative evalueringen hvordan helsepersonell beskriver sine erfaringer med etikkrefleksjonsgrupper over to år. Den positive betydning som de forteller om er følgende:

- En systematisk og velstrukturert tilnærming til å snakke om etiske utfordringer.
- Rom for at helsepersonell på tvers av profesjoner deltar.
- Ulike perspektiver deles.
- Bedre faglig kompetanse og trygghet.
- Økt kvalitet på pasientbehandlingen.
- Styrket bevissthet om formell og særlig uformell bruk av tvang.
- Konstruktiv uenighet.
- Økt villighet til å lære av hverandre.
- Skaper tillit i teamet.
- Bedre forståelse for kolleger som tenker annerledes.
- Utfordrende for holdninger og praksiser preget av paternalisme og villighet til å bruke tvang.
- Mindre dømmende og emosjonelle reaksjonsmåter.

- Større anerkjennelse av og villighet til å forholde seg konstruktivt til følelser hos de berørte parter.
- Mer analytiske og bedre begrunnede tilnærminger.
- Rom for intern kritikk.
- Identifisering av potensialer for forbedring og bedre handlingsalternativer.

Dialogene og metodene som brukes i systematisk etikkrefleksjon ser også ut til å ha betydning for det kliniske arbeidet generelt, det vil si bedre tverrfaglig samarbeid og involvering av pasienter og pårørende.

5. Hvordan starte opp og gjennomføre etikkrefleksjonsgrupper?

Å ha en god etikkrefleksjonsgruppe, det er én ting ... Å gjennomføre den på riktig måte er en helt annen ting.

5.1 Innledning

Dette kapitlet beskriver hvordan en kan starte opp og gjennomføre etikkrefleksjonsgrupper basert på erfaringer fra PET-prosjektet. Vi fra SME hadde tre roller: For det første å lære opp 21 ansatte som ønsket å bli etikkveiledere, for det andre å veilede gjennomføring av etikkrefleksjonsgruppene sammen med ledelse og koordinatore ved avdelingene, og for det tredje hadde vi ansvar for å evaluere organisering og gjennomføring av etikkrefleksjonsgrupper.

Dette prosjektet hadde en relativt klar struktur. De deltakende avdelingene og SME hadde en formell avtale om at prosjektet skulle gå over to år (fra september 2012 til juli 2014). Utvalgte ansatte skulle få tid til å skolere seg til å bli etikkveiledere, koordinatorene på hver avdeling skulle ha tid til å starte opp og organisere gruppene, etikkveiledere og ansatte skulle ha tid til å delta i refleksjonsgrupper, og alle skulle få tid til å bidra med informasjon til evalueringen. SME hadde ressurser til å skolere etikkveilederne og veilede og støtte avdelingene med gjennomføring av prosjektet, inkludert der de opplevde utfordringer. Disse forholdene har sannsynligvis vært suksessfaktorer for prosjektet og det bør man ha i bakhodet når man leser dette kapitlet. Enkelte avdelinger var særlig aktive med hensyn til oppfølging av gjennomføringen. De hadde for eksempel en intern prosjektplan, regelmessige møter med ledelse ved avdelinger og institusjon, og institusjonsmøter mellom etikkveilederne og koordinatorene for prosjektet.

Det er ikke mulig å gi en universell oppskrift på hvordan en bør gjennomføre etikkrefleksjonsgrupper. Hovedmålet med dette kapitlet er å diskutere spørsmål som man bør ta stilling til ved oppstart av etikkrefleksjonsgrupper, og presentere vår erfaring og forskning om hva som er viktig for å lykkes.

5.2 Ta avgjørelse om igangsetting av etikkrefleksjonsgrupper

Det er viktig å involvere berørte parter før man tar en avgjørelse om hva man skal sette i gang. Å involvere innebærer ikke kun å informere om hva som eventuelt skal iverksettes, men også å ha en dialog om deres ønsker om å lære å håndtere etiske utfordringer. Særlig de som viser interesse og har anledning til å arbeide med etikkrefleksjonsgrupper kan eventuelt bli nøkkelpersoner i gjennomføringsprosessen senere. For å skape engasjement og skreddersy prosessen og øvelsene kan det være nyttig hvis man for det første utforsker hvilke etiske utfordringer de ansatte opplever i arbeidet, og for det andre hvordan de håndterer dem. Et oppfølgingsspørsmål kan være om de er åpne for å prøve ut andre måter for å håndtere etiske utfordringer (for eksempel etikkrefleksjonsgrupper; Molewijk, Hem og Pedersen 2015). En fordel med en slik fremgangsmåte er at den tar utgangspunkt i berørte parters/de ansattes erfaringer i deres daglige arbeid. Selv om det også er viktig å snakke om oppbygging, oppgaver og målsettinger i prosjektet, kan det oppleves som fremmedgjørende og demotiverende for ansatte å ha stort fokus på prosjektet eller på etikkrefleksjonsgrupper som sådan for tidlig i prosessen i stedet for å snakke om arbeidsoppgavene og de etiske utfordringene de står overfor. Dette er også viktig i gjennomføringsprosessen som helhet.

Etter hvert som idéen om å starte etikkrefleksjonsgrupper utvikler seg, kan det være nyttig å være eksplisitt på hvem som skal involveres og inviteres til å delta. Skal alle avdelinger ved institusjonen delta eller skal kun de som er interessert og i stand til å satse på etikkrefleksjonsgrupper delta? I PET-prosjektet valgte vi det siste. Selv om man kan argumentere

for at etikkrefleksjon bør være en del av det å være profesjonell, vil motivasjon og interesse for etisk refleksjon bidra til en bedre gjennomføring. Når det gjelder hvilken status prosjektet skal ha, kan det være lurt å bestemme om dette skal være et pilotprosjekt (som da må evalueres før man eventuelt bestemmer seg for å fortsette utover pilotperioden), et tidsbegrenset prosjekt eller et permanent tiltak som blir en integrert del av arbeidsmetodene man bruker ved avdelingen/institusjonen. Man kan også tenke seg at en kombinasjon av disse tilnærmingene er mulig, for eksempel ved å bestemme at etikkrefleksjonsgrupper skal være en integrert del av hvordan man arbeider ved den aktuelle institusjonen. Hvordan de organiseres, vil avgjøres av evalueringer og feedback.

Videre, også basert på våre erfaringer i PET-prosjektet, er det viktig å avveie igangsetting av etikkrefleksjonsgrupper i forhold til andre prosjekter som pågår. Noen av de avdelingene som deltok i PET-prosjektet opplevde et stort trykk i forhold til å iverksette nye prosjekter, og noen deltakere sa de følte seg «prosjektrøtete». For mange prosjekter på samme tid, eller mange prosjekter som avsluttes samtidig, vil, til tross for positive resultater, ikke nødvendigvis bidra til å støtte igangsettingen av nye prosjekter. Innvendinger og utfordringer kan være: Bør et prosjekt vente? Er det mulig å integrere de ulike prosjektene på en konstruktiv og effektiv måte? På hvilken måte kan etikkrefleksjonsgrupper komme i konflikt med eller støtte for eksempel faglig veiledning eller utdanningsopplegg/intern skoling? Hva er forskjeller og likheter mellom de ulike aktivitetene? Hvordan skille mellom de ulike arenaene? På en av avdelingene i PET-prosjektet bestemte de seg for å ikke ha faglig veiledning mens de deltok i PET-prosjektet, mens på en annen avdeling avdekket etikkrefleksjonsgruppene et behov for faglig veiledning.

5.3 Forberedelser som må gjøres før igangsetting av etikkrefleksjonsgrupper

Når det er tatt en avgjørelse om å starte med etikkrefleksjonsgrupper, så er det viktig å skape en struktur for prosjektet som helhet og mindre

arbeidsgrupper med personer som er viktige i prosjektet. I PET-prosjektet har det vært viktig å skille mellom etikkveilederens rolle og koordinatorens rolle (se nedenfor for en beskrivelse av deres respektive arbeidsoppgaver). Generelt er det viktig at etikkveilederen ikke tar ansvar alene for organiseringen av gruppene (selv om hun/han er en viktig talsperson for etikkrefleksjonsgruppene). Koordinatoren, sammen med ledelsen, spiller en viktig rolle i planlegging og organisering av etikkrefleksjonsgruppene gjennom hele perioden.

5.3.1 Informasjonsutveksling under igangsettingen

Det neste steget er å informere alle ansatte om oppstarten av etikkrefleksjonsgruppene. I PET-prosjektet hadde vi kick-off møter hvor ledelsen klargjorde hva som var bakgrunnen og hensikten med prosjektet. Hvorfor gjør vi dette? På hvilken måte er det relatert til arbeidet vårt? Hvordan kan det bidra i forhold til de utfordringene de ansatte står overfor? Videre informerte erfarne etikkveiledere, for eksempel fra andre helseforetak eller fra SME, om hva etikkrefleksjonsgrupper er, samt demonstrerte (i plenum eller i mindre grupper) hvordan etikkrefleksjon i gruppe kan gjøres. Det kan også være nyttig med presentasjoner fra forskning om betydning av etikkrefleksjonsgrupper. Koordinatoren kan informere de ansatte om hvordan prosjektet er organisert, om hvordan etikkveiledere har blitt rekruttert og fått opplæring og om hvordan man kan henvende seg til koordinator eller ledelse hvis man har behov for å ta opp noe. Ansatte ønsker naturlig nok å få vite om hvor mye tid de må investere i dette og hvordan deltakelse kan kombineres med andre oppgaver de har i hverdagen.

Fra PET-prosjektet har vi lært at det er viktig at det er rom for samtale og spørsmål med deltakerne i forbindelse med informasjonen som gis. Det er positivt hvis man spør dem direkte om hva de tenker om etikkrefleksjonsgrupper, dette gjelder også etter at etikkrefleksjonsgruppene er igangsatt. Vi trakk også den lærdom at en for sterk tilstedeværelse av eksterne fagfolk, som for eksempel fra SME, kan ha den uheldige følgen at man tenker at dette prosjektet eller tiltaket

gjennomføres fordi universitetet eller eksterne fagfolk ønsker det (til forskningsformål for eksempel). En tredje lærdom var at det er viktig å informere ansatte jevnlig om gjennomføringen av etikkrefleksjonsgruppene og hvordan de blir evaluert av de ansatte (for eksempel i personalmøter, interne nyhetsbrev, intranett og i opplæringsammenheng).

5.3.2 Rekruttering av koordinatore og etikkveiledere

Vår erfaring er at det er viktig å utvikle kriterier for rekruttering av koordinatore og etikkveiledere. Personlig motivasjon er av betydning, men ikke tilstrekkelig. Når det gjelder koordinatorene, er det nyttig om de allerede har en rolle i teamet, at de har kontakt med lederne og/eller de som arbeider med kvalitetsutvikling, at de har en forholdsvis nøytral posisjon i teamet og at de har ferdigheter i å organisere og koordinere aktiviteter. Hva angår etikkveilederne, er det viktig at de er relativt komfortable med å stå foran en gruppe medarbeidere, at de nyter respekt fra kollegene (både miljøpersonale og behandlere) og at de er i stand til å opptre nøytralt (det vil si at de ikke er verken for dominerende eller for emosjonelle i refleksjoner om behandling og omsorg).

5.3.3 Opplæring av etikkveiledere

Selv om opplæring ikke er synonymt med gjennomføring (siden koordinatore og ledelse primært er ansvarlig for gjennomføringen), er opplæring fortsatt et kjerneelement for vellykket gjennomføring. Høyt motiverte etikkveiledere som har fått en grundig opplæring bidrar til at deltakere i etikkrefleksjonsgrupper vurderer deltakelse som positivt – både på kortere og lengre sikt. I den forstand er det viktig at man investerer i opplæring av etikkveiledere. Videre er det av betydning at man lærer opp tilstrekkelig mange etikkveiledere på arbeidsplassen. Basert på vår erfaring – også internasjonalt – kan man anta at 30-50 % av etikkveilederne vil slutte etter 2-3 år (på grunn av ny stilling,

sykemelding, andre arbeidsoppgaver, manglende motivasjon). For å forberede seg på dette bør man planlegge å arrangere en ny runde med opplæring av nye etikkveiledere etter 2-3 år. I denne nye opplæringen kan etikkveiledere som allerede har gjennomgått opplæring spille en viktig rolle, for eksempel ved å dele sine erfaringer.

Timing for opplæringen er også viktig. Opplæringen bør starte i god tid slik at man sikrer kvalitet når ansatte stifter bekjentskap med etikkveiledning for første gang. På den annen side, hvis de som er under opplæring går i gang med å trene på å veilede etikkrefleksjonsgrupper, kan det være en måte å starte med etikkrefleksjon på.

Til slutt, i PET-prosjektet har vi lært at ansatte i de psykiske helsetjenestene – som fremtidige deltakere i etikkrefleksjonsgrupper – også trenger å lære om hva etikkrefleksjonsgrupper er, for eksempel hvordan det skiller seg fra faglig veiledning, hvilke saker eller moralske spørsmål som er egnet for etikkrefleksjonsgrupper, hvilke metoder som anvendes etc. Vi vil beskrive hvordan vi lærte opp etikkveiledere i kapittel 6.

5.4 Gjennomføring av etikkrefleksjonsgrupper

Gjennomføringen av etikkrefleksjonsgruppene går hånd i hånd med mange praktiske spørsmål. Som nevnt ovenfor, er det ikke mulig å gi fullstendige svar som er gyldig for alle kontekster, men basert på PET-prosjektet skal vi berøre de viktigste spørsmålene knyttet til gjennomføring.

5.4.1 Størrelsen på gruppene

Vår erfaring er at den ideelle gruppestørrelsen er 6-12 deltakere fordi det da er tilstrekkelig nærhet og tid til at hvert gruppe-medlem kan delta. Hvis gruppene er større, kan det være hensiktsmessig å splitte gruppen eller

eventuelt å gjennomføre deler av etikkrefleksjonen i undergrupper og deler med storgruppen.

5.4.2 Plan for møter, hyppighet og varighet

Vanligvis er det enklest å sette opp faste møtetider og møtedager for etikkrefleksjonsgruppene fordi da vil de ansatte vite om det og ta hensyn til det i planleggingen av arbeidsoppgavene. I PET-prosjektet ble etikkrefleksjonsgruppemøtene stort sett lagt til enten hver uke eller hver annen uke, eventuelt hver tredje uke. Vi tenker at cirka hver annen uke er hensiktsmessig siden det gir de ansatte mulighet til å delta noen ganger per år. Hyppighet av etikkrefleksjonsmøtene er selvsagt også relatert til hva man forventer skal være utbytte av refleksjonen og størrelsen på avdelingen. Hvis man ønsker å bruke etikkrefleksjonsgrupper for å endre praksis eller kulturen på en avdeling med mange seksjoner og ansatte, må man tilby etikkrefleksjonsgrupper oftere enn hvis man ikke har slike målsettinger eller når avdelingen er liten. Vår erfaring er at etikkrefleksjonsgrupper med en varighet på 60 minutter for erfarne grupper er et minimum.

5.4.3 Etikkrefleksjonsgrupper på tvers av avdelinger/seksjoner

I PET-prosjektet har vi sett både positive og mindre positive erfaringer med etikkrefleksjonsgrupper som gikk på tvers av avdelinger eller seksjoner. En positiv erfaring var at deltakerne hadde mulighet til å lære av hverandre noe som igjen kunne bidra til bedre samarbeid på tvers av avdelinger eller seksjoner (for eksempel i forbindelse med overføring av pasienter mellom enheter eller der ansatte må arbeide sammen på tvers av enheter). Vanligvis bidro grupper på tvers av avdelinger eller seksjoner til større utforskning og kreativ tenkning siden deltakerne ikke kjente til eksisterende rutiner eller kulturen på den enheten de selv ikke var en del av. Det siste bidro imidlertid til at det noen ganger var

vanskelig å forstå hverandre. Dette resulterte igjen i at noen ansatte på en avdeling følte seg kritisert av ansatte på den andre avdelingen (jf. kapittel 3.6 om trygghet). I tillegg kan det være vanskeligere å lære av innsikter fra etikkrefleksjonsgrupper hvis problemstillingen som tas opp er mindre relevant for ens egen arbeidssituasjon.

5.4.4 Hvem bør delta?

De fleste deltakerne i PET-prosjektet hadde ikke faste grupper i betydningen at deltakerne alltid var de samme i alle etikkrefleksjonssamlingene. De fleste gruppene bestod av ulike deltakere fra gang til gang hvor det var en del som deltok i mange etikkrefleksjonsgrupper, mens andre deltok sjeldnere eller kun få ganger. Evalueringene viser stort sett at det er viktig å ha tverrfaglig sammensatte grupper, inkludert yrkesgrupper som psykologer, leger og psykiatere, siden de bidrar til gjensidig refleksjon, forståelse og læring når det gjelder de problemstillinger som er oppe i etikkrefleksjonsgruppen. Noen hadde også gode erfaringer med at ledelsen var til stede i etikkrefleksjonsgruppene. Det er imidlertid viktig at lederen deltar aktivt og ikke kun observerer deltakerne. Det var ingen av de deltakende avdelingene i PET-prosjektet som inviterte inn pasienter og pårørende i etikkrefleksjonsgruppene. Erfaring viser, også fra internasjonalt hold, at det er utfordringer knyttet til involvering av pasienter og pårørende, men likevel kan man vise til positive erfaringer flere steder forutsatt at alle deltakere er godt forberedt og at det er gjensidig respekt. Vi oppmuntrer til at man prøver dette ut, inkludert at man evaluerer systematisk og deler erfaringer.

5.4.5 Forskjeller mellom veileder og biveileder i etikkrefleksjonsgrupper

I PET-prosjektet var det stort sett to veiledere i hver gruppe (jf. kap. 6.2.1): En veileder som ledet etikkrefleksjonen og en co-veileder som

nedtegnet essensen i hva som ble sagt ved å bruke en strukturert modell for etikkrefleksjon (det vil si SME-modellen). Nedtegnelsen ble gjort på en tavle, lerret eller storskjerm. Rollefordelingen mellom veileder og co-veileder kan være forskjellig. Det viktigste er at begge veilederne reflekterer sammen om sine roller på forhånd og lager avtaler om ansvars- og oppgavefordeling. Vår erfaring er at det er viktig at de har en åpen kommunikasjon (også med gruppen) gjennom etikkrefleksjonsesjonen, det vil si om hva som har blitt skrevet ned, om hva som skal skrives ned eller hvor (i SME-modellen) noe skal skrives ned (jf. kap. 6.2.2). Aktiv bruk av teksten som skrives ned er en viktig måte å utdype refleksjonene på, ved å skape oversikt over det som har blitt sagt (og ikke sagt ennå), og å strukturere refleksjonsprosessen.

5.4.6 Faste etikkveiledere?

Noen avdelinger arbeidet med faste etikkveiledere, noe som betyr at deltakerne i etikkveiledningsgruppene arbeidet sammen med de samme to veilederne hver gang. Det kan være hensiktsmessig av flere grunner: De to etikkveilederne blir vant til å arbeide sammen; det skaper en kontinuitet i forhold til gruppedeltakerne; gruppedynamikken og kulturen i den enkelte gruppe blir mer oversiktlig; og oppfølging av innhold som var oppe i tidligere etikkrefleksjonsgrupper og de moralske dilemmaene som kommer opp over tid i en gruppe kan lettere oppdages og gjøres eksplisitte. På den annen side, det å ha ulike veiledere (og grupper med forskjellige deltakere fra gang til gang) betyr ofte at både veiledere og gruppedeltakere lærer fra hverandre når det gjelder hvordan en etikkrefleksjon kan gjennomføres. For veilederen kan det å ha ulike grupper også bidra til å skape avstand til både selve refleksjonen og gruppedynamikken, noe som igjen gjør det lettere å stille mer utforskende og naive spørsmål.

5.4.7 Referat fra etikkrefleksjonsmøter

Det er viktig å tenke over spørsmålet om man ønsker å lage referat fra etikkrefleksjonsgruppene, og hva referatet eventuelt skal inneholde, på hvilken måte og med hvilken begrunnelse man ønsker å skrive referat. For eksempel var noen pragmatiske og brukte notatene fra tavle eller PC mens andre kun lagde et kort referat om hvilket case det var, hvilken etisk problemstilling som ble tatt opp, hvilke verdier og normer som var involvert samt konklusjonen og hva man hadde lært av å ta det opp i etikkrefleksjonsgruppen. Vår vurdering er at det å skrive referat er viktig av hensyn til å dele innholdet og innsiktene fra etikkrefleksjonsgruppen med kolleger som ikke deltok. Det gir også mulighet til å se hvilke etiske utfordringer som tas opp over tid som kanskje trenger å vies ekstra oppmerksomhet. For eksempel kan man oppdage et behov for å ta opp eller justere retningslinjer eller behov for undervisning. Referat trenger vanligvis ikke å inneholde navn siden det viktigste er hva problemstillingen handlet om. Dette vil også ivareta deltakerne i etikkrefleksjonsgruppene sin konfidensialitet og skape bedre betingelser for åpenhet.

5.4.8 Presentasjon av case eller problemstilling

I PET-prosjektet var det definert at fokus skulle være på ett tema, nemlig etiske utfordringer relatert til bruk av tvang (vi hadde, som nevnt, en bred forståelse av tvang). Noen av avdelingene som fortsatte med etikkrefleksjonsgrupper etter prosjektslutt åpnet opp for at andre temaer kunne tas opp i gruppene. Det kunne for eksempel være temaer knyttet til juridiske og psykologiske problemstillinger. Etiske utfordringer knyttet til prioriteringer var også aktuelle for etikkrefleksjonsgrupper.

Hvordan temaene ble valgt ut og forberedt varierte fra avdeling til avdeling. Noen steder valgte man at en person på forhånd skulle presentere et tema eller et case på neste møte. På den måten vekslet man mellom ulike profesjoner og ulike poster eller seksjoner i forhold til hvem som var ansvarlig for forberedelsene. En slik fremgangsmåte er

tidsbesparende og fører vanligvis til at formuleringen av den etiske problemstillingen skjer før etikkrefleksjonsgruppen starter. Med denne strategien vil etikkveilederne ha mulighet til å tenke gjennom caset og den tentative etiske problemstillingen på forhånd med den som har brakt det opp. Det sikrer at caset og problemstillingen møter visse metodologiske krav. Eksempler kan være at spørsmålet om hva som er riktig å gjøre blir stilt med grunnlag i en opplevd utfordring i praksis, at man var involvert i situasjonen (det vil si at man har kunnskap om alle fakta) og at man ikke allerede har gjort seg opp en mening.

En annen strategi kan være å starte hver etikkrefleksjonsgruppe med en runde for å sjekke hvem som har et case, og så la gruppen avgjøre hvilket case de ønsker å jobbe med. Dette krever vanligvis mer tid, men fordelene er at en av deltakerne som regel har et aktuelt case og da blir involveringen sterkere, samt at man lærer fra andre hva slags problemstillinger som oppleves som utfordrende (selv om kun ett case blir valgt ut per etikkrefleksjonsgruppe). Generelt erfarte vi at det er en god idé å informere deltakere i etikkrefleksjonsgrupper om de metodiske kriteriene for hva som er et godt case og en god etisk problemstilling.

5.4.9 Obligatorisk eller frivillig deltakelse?

På nesten alle avdelingene ble spørsmålet reist om hvorvidt deltakelse i etikkrefleksjonsgrupper skulle være obligatorisk eller frivillig. Vanligvis er man redd for at beslutninger om obligatorisk deltakelse er kontraproduktivt, på den måten at de som er «tvunget» til å delta kanskje ikke er motivert for å gå inn i og ta del i en åpen refleksjon. Man kan til og med tenke seg at de kan komme til å influere negativt på atmosfæren i gruppen og på refleksjonen. I PET-prosjektet observerte vi ikke slike negative effekter av obligatorisk deltakelse. Til tross for mulige negative sider ved obligatorisk deltakelse tenker vi at kritisk refleksjon om etiske utfordringer i arbeidet og det å lære om hvordan man skal håndtere etiske utfordringer i teamet, er en viktig side ved det å utvikle seg som profesjonsutøver og som et arbeidsteam. I PET-prosjektet var det noen ledere som sa at det å delta i etikkrefleksjonsgruppe var en integrert del

av det å være ansatt ved den aktuelle avdelingen. Et annet argument for obligatorisk deltakelse var også at de krevende arbeidsforholdene i psykisk helsevern fordrer slik refleksjon for å kunne håndtere stress og for å sikre at måten tvangen utøves på – og ved det innskrenke pasienters frihet – blir gjort til gjenstand for grundig refleksjon.

5.4.10 Koordinators rolle

Som nevnt i innledningen til dette kapitlet, har etableringen av koordinatorfunksjonen for etikkrefleksjonsgruppene i PET-prosjektet vært nyttig siden arbeidsbyrden knyttet til organisering og gjennomføring av etikkrefleksjonsgrupper ofte er undervurdert. Det er viktig å avklare koordinatorens ansvar og oppgaver før oppstart, for eksempel hvem som skal invitere og sende ut påminning til deltakerne. I dette prosjektet deltok koordinatorene også i treningen sammen med etikkveilederne, og mange av de som fungerte som koordinatører var også etikkveiledere. Slik sikret vi at var det en oppmerksomhet på deres rolle i prosjektet. De viktigste arbeidsoppgavene til koordinatoren var å sende ut påminnelser om tid for etikkrefleksjonsgrupper; å peke på eventuelle aktuelle etiske utfordringer i det kliniske arbeidet; ha oversikt over kvaliteten på etikkrefleksjonsgruppene og hvordan deltakerne opplevde dem ved å samle inn evalueringsskjemaer som ble fylt ut av etikkveilederne etter hver etikkrefleksjonsgruppe; organisere fellesmøter mellom koordinatorene, etikkveilederne og ledelsen; og kontinuerlig finjustere opplegget sammen med ledelsen (både koordinatører og ledelse kunne informere og støtte hverandre). Vår erfaring er at i forbindelse med strukturelle/organisatoriske utfordringer – for eksempel hvis ansatte ikke deltar – er det viktig at lederen diskuterer dette med teamet siden vedkommende er i posisjon til å gjøre dette. En koordinator som er for entusiastisk risikerer paradoksalt nok at kollegene føler de bør delta bare fordi koordinatoren ønsker det.

5.4.11 Ledelsens rolle

Flere studier som har evaluert gjennomføring av etikkrefleksjonsgrupper, konkluderer med betydningen det har at ledelsen (for eksempel avdelingsledere og klinikkledere) både støtter og tilrettelegger gjennomføringen av etikkrefleksjonsgruppene. Dette gjelder både prosessen knyttet til beslutningen om å etablere etikkrefleksjonsgrupper og selve oppstarten av disse, men også selve gjennomføringsprosessen. I PET-prosjektet lærte vi at det er nyttig å snakke med de ansatte, etikkveilederne og koordinatorene regelmessig om hvordan etikkrefleksjonsgruppene fungerer og hva som trengs å forbedres. Når ledere så vel som ansatte peker på mulige aktuelle temaer for etikkrefleksjonsgruppene, blir etikkrefleksjonsgrupper en integrert del av samarbeidet (i motsetning til å ha en prosjektplan som sier at vi skal ha etikkrefleksjonsgrupper). Når det gjelder etikkveileders rolle (relatert til gjennomføringen), se kap. 6.2.1.

I neste kapittel vil vi konsentrere oss om opplæringen av etikkveiledere, samt deres rolle. Når det gjelder etikkveileders rolle i gjennomføringen av etikkrefleksjonsgrupper, er vår erfaring at det er viktig at etikkveilederne har jevnlig møter med andre etikkveiledere og med koordinator og ledelsen for å følge med på de praktiske sidene ved gjennomføring og organiseringen av etikkrefleksjonsgruppene. Vi har også lært at det er viktig å være entusiastisk når det gjelder etikkrefleksjonsgrupper, men det betyr ikke at etikkveilederne alene skal være ansvarlige for gjennomføringen, eller til og med være de på avdelingen som «eier» etikkrefleksjonsgruppene (se også avsnittet om koordinators rolle). En etikkveileder kan bidra praktisk til etikkrefleksjonsgruppene og til de ansattes eierskap til etikkrefleksjonsgruppene gjennom å spørre de ansatte om hvilke mål de har for den enkelte etikkveiledningsgruppe og hvordan de ansatte (og ikke etikkveilederen) ønsker å bruke innsikter fra etikkveiledningsgruppene i det kliniske arbeidet. Etikkveilederen kan også bidra til gjennomføringen ved å bidra i evalueringene av etikkrefleksjonsgruppene.

5.4.12 Andre aktiviteter knyttet til gjennomføring av etikkrefleksjonsgrupper

Til sist ønsker vi å understreke at for å få en vellykket gjennomføring, er det viktig å planlegge regelmessige møter mellom etikkveiledere og koordinatorene slik at man følger med på gjennomføringen, organiseringen, eierskap, tilfredshet og praktisk nytteverdi av etikkrefleksjonsgruppene. Dessuten er det viktig at man møter ledelsen (både avdelingsleder og klinikkleder) og styringsgruppen for å informere dem om både gjennomføringsprosessen, om erfaringer og innholdet i etikkrefleksjonsgruppene. I disse møtene kan også ledergruppen bes om å bidra til, bruke eller styre gjennomføringen slik at ikke fokus kun er på å informere ledelsen, men at man samarbeider.

Vår erfaring fra PET-prosjektet var at forankringen av etikkrefleksjonsgrupper styrkes hvis også andre grupperinger ved institusjonen er informert, for eksempel forskningsavdelingen, forskningsutvalget, kvalitetsutvalget, undervisningsutvalget eller HMS-avdelingen. Å ha oppmerksomheten rettet mot hvordan resultatene av etikkrefleksjonsgruppevirksomheten kan integreres i hele organisasjonen er viktig for gjennomføringen. Informasjon til de ansatte om resultatene av evalueringene av etikkrefleksjonsgruppene, samt å vise hvordan gjennomføringen av etikkrefleksjonsgruppene har blitt justert basert på deres tilbakemeldinger, bidrar til at etikkrefleksjonsgruppene har verdi for praksis og for opplevelsen av eierskap til etikkrefleksjonsgruppene.

5.4.13 Avsluttende kommentarer – kritiske faktorer og suksessfaktorer i forbindelse med gjennomføring av etikkrefleksjonsgrupper

Våre erfaringer, som vi har beskrevet i dette kapitlet, har gjort det klart at det er flere grunner til at gjennomføring av etikkrefleksjonsgrupper ble så vellykket som det ble. Vi har også lært at forhold som bidrar til at gjennomføring av etikkrefleksjonsgrupper ikke blir vellykket har å gjøre

med manglende oppmerksomhet i forhold til gjennomføringsprosessen i alle stadier fra begynnelse til slutt. Eksempler er manglende prosjektplan eller ingen prosjektgruppe; mangelfull eller ikke tilstrekkelig støtte fra ledelsen; manglende oppfølging eller evaluering av gjennomføringsprosessen; for mange andre prosjekter eller øvelser samtidig; reorganiseringer; og utskiftning av etikkveiledere og/eller koordinatorene.

Videre så er tryggheten og kulturen på avdelingen også en viktig faktor for en vellykket gjennomføring. Hvis de ansatte ikke føler seg trygge i forhold til å dele usikkerhet og tvil, til å spørre og reflektere kritisk på en konstruktiv måte uten at det blir for personlig, og hvis det er manglende respekt for forskjeller mellom profesjonene om hva som er god omsorg og behandling, kan det være vanskelig å se på etikkrefleksjonsgrupper som en mulighet for felles positive læringserfaringer. Selvsagt kan gode etikkrefleksjonsgrupper – ledet av gode etikkveiledere – også bidra til økt trygghet og fellesskapsfølelse i teamet. Men det motsatte kan også være tilfelle: Gode etikkrefleksjonsgrupper kan være utfordrende å få til hvis det ikke er en trygg og respektfull kultur i teamet eller hvis noen medlemmer i teamet eller teamledere er skeptiske til eller for dominerende i etikkrefleksjonsgruppene (jf. kap. 4.2.5.2).

Som vi pekte på i begynnelsen av dette kapitlet, begynner en vellykket gjennomføring av etikkrefleksjonsgrupper allerede før oppstart av etikkrefleksjonsgruppen. Basert på våre erfaringer i PET-prosjektet og forskningsresultater om gjennomføring av etikkrefleksjonsgrupper (Weidema, van Dartel og Molewijk 2016) ønsker vi å understreke at god planlegging, nok ressurser, forankring hos ledelse og ansatte, evaluering som muliggjør justeringer underveis, klar prosjektstruktur og engasjement av flere involverte partner er avgjørende for en vellykket gjennomføring av etikkrefleksjonsgrupper. Det er spesielt viktig å investere i gode etikkveiledere. Dette innebærer ikke kun en god opplæring ved oppstarten av etikkrefleksjonsgruppene, men også jevnlig møter mellom etikkveilederne slik at de sammen kan skape en læringskultur, enten med eller uten en ekstern ressursperson. Videre er det viktig å kontinuerlig vie oppmerksomhet til eierskapet til

etikkrefleksjonsgruppene: De ansatte bør oppmuntres til å betrakte og bruke etikkrefleksjonsgruppene som et tilbud for dem som gir dem mulighet til å lære å håndtere etiske dilemmaer de står overfor i arbeidet. Endelig er det viktig at de ansatte og lederne opplever at etikkrefleksjonsgruppene over tid fører til forbedringer i behandlingen. Verdien av etikkrefleksjonsgrupper har ikke kun å gjøre med at etikkrefleksjonsmøtene er gode, men også i hvilken grad strukturert etikkrefleksjon – og den læring og resultater for øvrig som det fører med seg – integreres i ordinære arbeidsprosesser.

5.4.14 Anbefalinger for gjennomføring av etikkrefleksjonsgrupper

Til slutt har vi noen generelle anbefalinger som kan være nyttige med tanke på fremtidig gjennomføring av etikkrefleksjonsgrupper i helsetjenesten. For det første kan etikkrefleksjonsgrupper selvsagt også anvendes for å adressere andre etiske utfordringer enn tvang (for eksempel prioriteringer, samarbeid, organisering, jf. kap. 5.4.8). For det andre er det verdt å utforske hvordan pasienter og pårørende kan involveres i etikkrefleksjonsgrupper. Det finnes ulike måter man kan starte et slikt arbeid på. Evalueringsforskning, der pasienter og pårørende er involvert, kan være en støtte til slik utforskning. Etikkrefleksjonsgrupper kan også anvendes i utdannings- og opplæringsøyemed (opplæring av helsepersonell og teamledere/avdelingsledere). Endelig er det å bruke etikkrefleksjonsgrupper for både å utvikle og justere eksisterende retningslinjer og målsettinger (på avdelingsnivå og institusjonsnivå) interessant for fremtidig bruk av etikkrefleksjonsgrupper.

6. Opplæring av etikkveiledere

Opplæring av etikkveiledere er en viktig og sentral del av gjennomføringen av etikkrefleksjonsgruppene. Kvaliteten på etikkveiledere er grunnleggende når det gjelder både kvaliteten på etikkrefleksjon og også hvor vellykket gjennomføring av etikkgruppene blir. I dette kapitlet beskriver vi kort hva slags opplæring vi har utviklet for etikkveiledere, hvilke positive og utfordrende erfaringer etikkveiledere har, og hvordan opplæringen blir evaluert. Vi avslutter kapitlet med noen tips.

6.1 Beskrivelse av hva vi har gjort

6.1.1 Et dynamisk opplæringsprogram

Vårt opplæringsprogram besto av seks opplæringsdager over cirka 14 måneder. Først utviklet vi et opplæringsprogram for etikkveiledere for de første to dagene basert på tidligere erfaringer i kommunehelsetjenesten og Nederland (Molewijk mfl. 2008; Plantinga mfl. 2012; Stolper mfl. 2014/2015). Etter hver opplæringsdag gjennomførte vi en kort evaluering av opplæringen og vi klargjorde hvilke behov (i forhold til både innhold og didaktikk) deltakerne hadde for neste opplæringsdag. Med andre ord tilpasset og videreutviklet vi opplæringen samtidig som prosessen forløp. Parallelt med gjennomføring og utvikling av opplæringsprogrammet har vi drevet evalueringsforskning (for eksempel muntlig evaluering, spørreskjemaer, fokusgruppeintervjuer). Dette har vært positivt for utformingen av programmet. Generelt bør hvert opplæringsprogram være tilpasset læringsbehovene til deltakerne, og derfor er det viktig at man evaluerer kontinuerlig.

Et interessant kjennetegn ved vårt opplæringsprogram var at vi informerte deltakerne underveis om resultatene av evalueringen av

etikkgruppene, opplæring og gjennomføringsprosessen. På den måten kunne vi videreutvikle og tilpasse opplæringen av etikkveiledere og gjennomføring av etikkgruppene slik at det ble lagt til rette for læring gjennom det som skjedde i praksis i etikkrefleksjonsgruppene. Dette skapte en dynamisk kunnskapsutveksling (*learning while doing*).

Et annet interessant trekk ved dette opplæringsprogrammet var at de som koordinerte etikkrefleksjonsgruppene (en ved hver av de syv avdelingene) også deltok i opplæringsprogrammet. Siden nesten alle koordinatorene også var etikkveiledere – og derfor deltok i opplæringen – hadde vi mulighet til å stimulere til *best practices* og ha oppmerksomhet på utfordringer som oppstod underveis når det gjaldt organiseringen og gjennomføringen av etikkrefleksjonsgruppene. Etikkveilederne – og koordinatorene – informerte hverandre om utfordringer vedrørende gjennomføring av etikkrefleksjonsgruppene, og forskerne fortalte etikkveilederne og koordinatorene om utfordringer knyttet til gjennomføringen, samt andre utfordringer fra den pågående forskningen. På denne måten kunne innsikter og problemer vedrørende gjennomføring av etikkrefleksjonsgruppene både fra etikkveilederne og forskerne tas videre av koordinatorene direkte etter øvelsene for å forbedre opplegget. Det betyr at etikkveiledernes erfaringer og funn fra PET-forskningen, for eksempel relatert til organisering av etikkgruppene, kunne anvendes umiddelbart ute på hver av avdelingene.

6.1.2 Kjernen i opplæringsprogrammet

Dagene ¹³ der vi samlet alle etikkveilederne utgjorde kjernen i opplæringsprogrammet. Innholdsmessig var disse dagene satt sammen av undervisningssekvenser, demonstrasjon av metoden for etikkrefleksjon/rollespill, samtaler om demonstrasjonene og praktiske øvelser i mindre grupper. De viktigste temaene som vi underviste om var:

- Hvorfor skal man starte opp etikkrefleksjonsgrupper?

¹³ September 2012: 2 dager, februar 2013: 2 dager, juni 2013: 1 dag og november 2013: 1 dag, totalt 6 dager.

- Pedagogisk utgangspunkt for etisk refleksjon.
- Hva er et etisk spørsmål?
- Hva er (ikke) en god sak for etikkrefleksjonsgruppe?
- Hva er dialog, og hva er forskjellen mellom dialog og diskusjon?
- Hva er etikk og hva er fag, inkludert forskjeller mellom etikkveiledning og faglig veiledning?
- Bruk av SME-modellen.
- Om verdier og normer.
- Bruk av tavle/lerret/storskjerm.
- Om å skrive og bruke logg.
- Hvordan få til en dypere refleksjon?
- Veilederrollen – hva kjennetegner en god veileder og en god etikkrefleksjonsgruppe?
- Kjøreregler i gruppene.
- Hvem skal delta og rekruttering av deltakere?
- Begrepet tvang og lovverk om tvang.

Både praktiske og faglige spørsmål var i fokus, og samhandlingen mellom deltakere og vi som lærere/forskere var preget av dialog og erfaringsutveksling. Deltakerne var med å utforme programmet fra gang til gang ved at de ble bedt om å melde inn behov til oss om hva de ønsket å ha særlig fokus på i de neste samlingene.

Vi presenterte også resultater fra forskningen vi gjorde parallelt med gjennomføringen av etikkrefleksjonsgruppene, særlig basert på fokusgruppeintervjuene om de ansattes forståelse av og holdninger til tvang (som ble gjennomført høsten 2012 som en del av oppstartarbeidet i prosjektet), men også om resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen om pasient- og pårørendemedvirkning og om samarbeid i teamet. Da vi hadde gjennomført fokusgruppeintervjuene (høsten 2013) om de ansattes erfaringer med å drive systematisk etikkrefleksjon (både evaluering av gjennomføring, innholdet i hva som kom opp i gruppene og betydning for praksis), presenterte vi de viktigste resultatene derfra. Det ble en viktig tilbakemelding til etikkveilederne ved at de kunne bruke innsiktene fra evalueringsforskningen i forhold til hvordan de organiserte og veiledet etikkgruppene.

Når det gjelder fordeling av tiden til de ulike aktivitetene, ble cirka 30 % brukt til forelesning (inkludert demonstrasjon i plenum av en etikkrefleksjonsgruppe), cirka 50 % til øvelse og cirka 20 % til erfaringsutveksling.

6.1.3 Nettverksdager

Etter at opplæringsprogrammet var ferdig, hadde vi nettverksdager for etikkveiledere hver 6. måned der erfaringsutveksling, øvelse på etikkveilederrollen og bruk av SME-modellen var i fokus. På nettverksdagene var det også rom for å ta opp til diskusjon aktuelle temaer basert på behov fra etikkveilederne. I erfaringsutvekslingen hadde etikkveilederne behov for å snakke om gjennomføring av gruppene, etikkveilederrollen og bruk av SME-modellen samt gruppenes betydning for bruk av tvang og andre sider ved praksis. Verdt å nevne er også at etikkveilederne begynte å utveksle tips med hverandre, noe som bidro til gjensidig støtte og læring. På nettverksdagene presenterte vi også funn fra PET-forskningen om opplæring av etikkveiledere og gjennomføring av etikkgruppene. Videre snakket vi om fremtidige behov i forhold til læringsnettverk for etikketikkveiledere og hvordan dette er organisert i andre europeiske land. Å skape vilkår for fortsatt læring og erfaringsutveksling ved nettverksdager mellom de involverte institusjoner er viktig for å øke læringsmuligheter, styrke etikketikkveiledernes motivasjon og forbedre etikkrefleksjonsgruppens kvalitet. Å være en dyktig etikkveileder er en kontinuerlig prosess og derfor er det viktig at denne læringsprosessen er godt organisert og at deltakelse i et nettverk er tilrettelagt.

6.1.4 Veiledning av etikkveiledere ved institusjonene

I tillegg til opplæringsdager og nettverksdager veiledet vi etikkveilederne ved de deltakende institusjonene. I praksis innebar det at lærer/forsker – basert på observasjon i etikkrefleksjonsgruppene ute på avdelingene – ga

tilbakemeldinger både i etikkrefleksjonsgruppene og etter at gruppen var avsluttet. Dette var lærerikt for både etikkveilederne og lærerne/forskerne. Veiledning av etikkrefleksjonsgruppene ute på avdelingene er mer realistisk og utfordrende enn øvelser på opplæringsdager, blant annet fordi lærerne/forskerne får informasjon om hvilke utfordringer etikkveilederne har og hvordan de kan ta hensyn til det på neste nettverksdag.

6.2 Positive og utfordrende erfaringer sett med etikkveiledernes øyne

Her skal vi kort oppsummere noen av de mest sentrale positive og utfordrende erfaringene som etikkveilederne opplevde underveis i opplæringsprogrammet (en detaljert beskrivelse vil bli publisert i en artikkel på engelsk). Vi skiller mellom tilbakemeldinger på etikkveilederrollen, bruk av SME-modellen og gruppeprosessen. I kapittel 6.3 skal vi kort si noe mer generelt om evaluering av etikkopplæringen.

6.2.1 Etikkveilederrollen

Generelt var etikkveilederne positive til ulike dimensjoner ved det å være etikkveileder. For det første var det viktig for dem at det var to etikkveiledere som veiledet sammen, der den ene hadde rollen som hovedveileder for prosessen, mens co-veilederen skrev ned de sentrale punktene i refleksjonen på tavle, lerret eller storskjerm (jf. kap. 5.4.5). På denne måten kunne begge ta ansvaret for refleksjonene rundt de moralske spørsmålene og gruppeprosessen. En dynamisk samhandling mellom de to etikkveilederne, og mellom etikkveilederne og gruppen, bidrar til en god etikkrefleksjonsgruppe. Samtidig trakk de frem at det å jobbe sammen med flere veiledere var utviklende siden hver og en har ulik stil som etikkveileder. På denne måten kan man lære av hverandres ulike personlige stiler. Det at etikkveilederne reflekterte over forskjellene mellom dem etter hver etikkrefleksjonsgruppe bidro til en pågående

læringsprosess. Ved en avdeling deltok som regel alle etikkveilederne selv om det kun var to som hadde ansvaret i den enkelte refleksjonsgruppen. Etter at etikkveiledningen var over, møttes alle etikkveilederne for å snakke om metoden, etikkveilerollen og generelt om hva som gikk bra og hva som kunne forbedres ved etikkrefleksjonsveiledningen. Ved en annen institusjon møttes etikkveilederne og koordinatoren for å utveksle erfaringer og utfordringer. Dette bidro også til etikkveiledernes læringsprosess.

Etikkveilederne erfarte ulike utfordringer knyttet til etikkveilerollen. Spørsmål som meldte seg var: Er jeg som etikkveileder ansvarlig for å oppfordre mine kolleger til å delta i etikkrefleksjonsgruppen? Bør jeg minne dem igjen og igjen på at vi skal ha etikkrefleksjon? Vi mener at et slikt ansvar primært hviler på koordinator eller leder. Selv om etikkveilederen lykkes med å gjøre dette, kan det bety at de ansatte deltar fordi etikkveilederen ønsker det. Dette kan utgjøre en risiko når det gjelder eierskapet til etikkrefleksjonen. Ideelt sett bør de ansatte delta fordi de ønsker det.

En annen utfordring er relatert til hvor mye kunnskap og erfaring etikkveilederne bør ha når det gjelder faglige normer og retningslinjer, prosedyrer og helselover. Selv om det er nyttig å ha grunnleggende kunnskaper om dette, slik enhver helsearbeider bør ha, bør ikke etikkveilederen bære dette ansvaret. Etikkveilederen bør imidlertid etterspørre gruppedeltakernes kunnskap og hva de trenger å vite mer om.

Nok en viktig utfordring for etikkveilederne – som vi vet fra vår evalueringsforskning – er hvordan man skal skille mellom faglige og etiske spørsmål. I 3.2.3.1 diskuterte vi at det er vanskelig å trekke en skarp skillelinje mellom disse spørsmålene siden de ofte er tett vevd i hverandre. Etikkveilederne ble imidlertid oppfordret til å ikke dele slike abstrakte spørsmål med gruppedeltakerne, men heller rette oppmerksomheten mot den moralske dimensjonen og de moralske svarene på det aktuelle spørsmålet.

Endelig, etikkveilederne strevde ofte med spørsmålet om hvor mye de skulle styre refleksjonsprosessen og spørsmålet om hva en god styring

innebærer. Det er vanskelig å gi et generelt svar på dette spørsmålet, og det avhenger av flere faktorer som for eksempel målsettingen med etikkrefleksjonsgruppen og hva som er hensikten med å styre. Vi erfarte at over tid styrte etikkveilederne mindre når det gjaldt innholdet i refleksjonen, men tok ledelsen i større grad hva angikk bruken av SME-modellen og oppmerksomheten på den etiske dimensjonen ved refleksjonen. Imidlertid trengte de fleste etikkveilederne tid og mot for å kunne utvikle sin kompetanse til å styre refleksjonen ved hjelp av SME-modellen og ha fokus på etikk.

6.2.2 Bruk av SME-modellen

Når det gjelder bruk av SME-modellen, erfarte etikkveilederne at det er viktig at den som presenterer caset har vært involvert i caset. Hvis de ikke har vært involvert, viser erfaringen at refleksjonen har en tendens til å bli hypotetisk og abstrakt. En annen lærdom vedrørende bruk av SME-modellen var at et klart fokus på verdier og normer bidrar til bedre forståelse for og refleksjon om de etiske dimensjonene ved caset. Etikkveilederne fortalte at et slikt fokus ikke er vanlig i andre møter så her hadde bruk av SME-modellen åpenbart vært til hjelp. Etikkveilederne var særlig entusiastiske når deltakerne fant ut at de delte de samme verdiene, for eksempel respekt for pasientens autonomi, men at de kunne legge ulik betydning i dette, noe som kunne gi ny innsikt.

Å arbeide med SME-modellen bød også på utfordringer. Selv om en etikkveiledningsgruppe ikke er et formelt beslutningsorgan, er det et spørsmål om på hvilken måte innsiktene fra en etikkrefleksjonsgruppe kan komme til nytte der beslutninger skal tas. Det er viktig at etikkrefleksjonen får betydning for beslutninger, retningslinjer og endringer i hverdagspraksis.

En annen utfordring for etikkveiledere og grupper som arbeider med SME-modellen er å unngå å diskutere SME-modellen og dens ulike trinn. Slike diskusjoner tar oppmerksomheten bort fra det etiske problemet, og de kan bli abstrakte og forvirrende for deltakerne. Etikkveilederne erfarte

også at jo mer erfaring de fikk med SME-modellen, jo mer tid brukte de på å reflektere over verdier og normer, og konfliktene mellom verdier og normer, og på å snakke om hvilke handlingsalternativer de hadde. De brukte kortere tid på fakta i saken, og fokus på fakta i saken ble mer orientert mot det etiske spørsmålet (og ikke på alle fakta).

Videre sa etikkveilederne at mer fokus på alternative fremgangsmåter i SME-modellen og de enkelte trinnene ville være nyttig å ha. Å bare presentere SME-modellen er ikke tilstrekkelig; opplæringsmaterieil (for eksempel video der SME-modellen blir demonstrert) og utveksling av erfaringer er også viktig.

En siste utfordring knyttet til bruken av SME-modellen som vi ønsker å formidle er fordelingen av oppmerksomhet og tid på den som presenterer caset og på de øvrige gruppedeltakerne. Denne utfordringen er relatert til spørsmålet om en etikkrefleksjonsgruppe primært er ment for den som legger frem caset, og hvor de øvrige gruppedeltakerne «hjelper» den som legger frem caset, eller om etikkrefleksjonssamlingene skal være til nytte for alle deltakerne.

6.2.3 Gruppeprosessen

Vedrørende gruppeprosessen lærte etikkveilederne at det er viktig å informere deltakerne om hva en etikkrefleksjonsgruppe er og hvordan den skiller seg fra for eksempel ordinære behandlingsmøter. Etikkveiledere er opplært i dette, men vanlige deltakere i etikkrefleksjonsgrupper mangler slik kunnskap. Derfor er det nyttig å bruke den første etikkrefleksjonssamlingen på å forklare hva systematisk etikkrefleksjon er. Å etablere noen regler for gruppedeltakelse er også nyttig. Noen etikkveiledere laget derfor også plakater der disse retningslinjene var nedfelt.

Eksempler på slike regler er:

- Unngå diskusjoner om rett og galt.
- Unngå å overbevise hverandre, men still spørsmål.

- Alle deltakere er likeverdige (selv om deltakerne har forskjellig beslutningsansvar og profesjonell kompetanse).
- Ingen innspill er gale, dumme eller irrelevante.
- Forsøk å lytte aktivt og gå inn i en dialog (i stedet for en diskusjon eller debatt).
- Ulike synspunkter eller uenigheter gir rom for læring.

En viktig utfordring for etikkveiledere når det gjelder gruppeprosessen er det å utvikle mot til å styre gruppen, til å utfordre deltakernes tenkning og å forholde seg til deltakere med sterke meninger eller som har en tendens til å dominere. Det er også en balansegang mellom å stille utfordrende spørsmål for felles læring på den ene siden, og på den andre siden å sørge for å skape en atmosfære hvor deltakerne føler seg trygge nok til å dele usikkerhet og utfordre deltakerne i gruppen (jf. kap. 3.6).

Å stimulere til at den rette typen utfordrende spørsmål stilles på den beste måten krever kontinuerlig oppmerksomhet og sensitivitet fra etikkveilederen. Å adressere usikkerhet hos deltakerne er også viktig. Det kan bidra til å reparere opplevelsen av usikkerhet, og det å ikke ta den opp kan skape enda mer usikkerhet. Å ha oppmerksomhet på trygghet i gruppen er også relatert til det å forhindre at deltakere moralsk fordømmer andre deltakere eller deres handlinger. Hvordan man kan forholde seg til slike situasjoner er viktig å inkludere i opplæringen av etikkveiledere.

6.3 Evaluering av opplæringsprogrammet

For å evaluere opplæringsprogrammet har vi brukt anonyme spørreskjemaer som etikkveilederne og koordinatorene fylte ut i etterkant av etikkrefleksjonsgruppene, samt muntlige evalueringer underveis i opplæringen.

Generelt sett kan vi si at deltakerne var fornøyd med opplæringsprogrammet. De syntes opplæringsdagene var veldig bra, og de var interessert i å danne nettverk for gjensidig utveksling og læring fremover. De sa også at det er viktig å øve på rollen som etikkveileder, og at med øvelse går det bedre etter hvert. Da vi spurte: «Hva har du lært

mest av?» svarte de at øvelsene og det å utveksle erfaringer med andre etikkveiledere hadde vært viktigst. Det å bruke SME-modellen fleksibelt og det å konkretisere/avklare målet med etikkrefleksjonen ble også fremhevet. Da vi spurte om hvilke behov de hadde for de neste opplæringsdagene trakk de frem følgende: Behov for mer veiledning, råd og undervisning om praktisk gjennomføring av etikkveiledningsgruppene; det å stille konkrete spørsmål for å avklare den etiske utfordringen; tydeliggjøre de etiske dimensjonene ved caset og fordype den moralske dialogen; øve på å være etikkveileder; jobbe med likheter og forskjeller mellom fag og etikk; og få gode verktøy eller didaktisk materiale (for eksempel formulering av det etiske problemet, hvordan spørre om verdier og normer på en konkret måte, hvilke kjøreregler som er relevante, hvilke case er passende).

Basert på vår egen evaluering av opplæringsprogrammet, erfarte vi at øvelse i å bruke SME-modellen og ha nok tid etterpå til å dele tilbakemeldinger og spørsmål koblet til øvelsene (både i gruppene og i plenum) er kanskje det viktigste i opplæringsprogrammet. Dette betyr også at en fast struktur for tilbakemelding etter øvelsene er med på å skape en trygg ramme. Vi opplevde også at deltakernes evne til refleksjon ble vesentlig styrket i løpet av opplæringsprogrammet. I begynnelsen av programmet hadde deltakerne mye fokus på fakta i saken og handlingsalternativer uten å koble dem til verdier og normer. Lenger ut i opplæringsprogrammet var etikkveilederne mer orientert mot verdier og normer, og hvordan deltakerne i etikkrefleksjonsgruppene var forskjellige med hensyn til hvilke verdier og normer de la vekt på. Videre ble vi bevisst at alle deltakere og ansatte, ikke bare etikkveiledere, trenger undervisning om temaer som hva en etikkrefleksjonsgruppe er, hva et etisk spørsmål er og hvilke kjøreregler som anbefales. Endelig erfarte vi at vi gjerne skulle hatt mer innsikt i hvordan veilederne utviklet seg, både under opplæringsdagene og når veilederne hadde etikkrefleksjonsgruppe på arbeidsplassen. Vi lærte også at klare arbeidskrav og krav om tilstedeværelse er viktig.

6.4 Oppsummering og anbefalinger angående opplæring av etikkveiledere¹⁴

Kvaliteten på opplæringen av etikkveiledere er avgjørende for kvaliteten på etikkrefleksjonsgruppene og gjennomføring av etikkgruppene. Opplæringsprogrammet har inneholdt en blanding av forelesninger, seminarer, demonstrasjoner av SME-modellen, plenumøvelser og øvelser i mindre grupper. Opplæringsprogrammet ble positivt evaluert, særlig ble øvelse og tid til tilbakemeldinger fremhevet. Med andre ord: Læring basert på erfaring er viktig. Kontinuerlig evaluering av opplæringsprogrammet er også av stor betydning for å tilpasse programmet til deltakernes behov, og for å øke eierskapet til opplæringsprogrammet.

Basert på våre erfaringer har vi følgende anbefalinger til opplæring av etikkveiledere:

- Velg deltakere for opplæringen med motivasjon, grunnleggende kvalifikasjoner (jf. kap. 5.3) og som har legitimitet i organisasjonen, det vil si som har tillit både blant ansatte og i ledelsen.
- Unngå at deltakere er med kun basert på individuelle grunner: Sørg for at etikkveiledere får ansvar og mulighet til å veilede etikkrefleksjonsgruppene.
- Invester tilstrekkelig i et godt opplæringsprogram, for eksempel gjennom obligatorisk tilstedeværelse, øvelse i etikkveiledning mellom samlingene og bruk av refleksjonsnotater.
- Planlegg fora der etikkveiledere kan fortsette å utveksle erfaringer både på arbeidsplassen og i en regional eller i et

¹⁴ SME arrangerer et Etterutdannings- og videreutdanningsemne/masteremne: «Veiledning av etikkrefleksjon i helsetjenesten» hvert vårsemester: www.uio.no/studier/emner/medisin/helsefag/SME4310/
SME har også etablert et nasjonalt nettverk for etikkveiledere: www.med.uio.no/etikk-helsetjenesten

nasjonalt nettverk for etikkveiledere etter opplæringen. Sørg også for «oppfølgingskurs» jevnlig.

- Gi etikkveiledere nok erfaring/øvelse før de gjennomfører etikkrefleksjonsgruppene ved arbeidsplassen (fordi det påvirker etikkveiledernes trygghet i rollen, noe som igjen har betydning for i hvilken grad etikkrefleksjonsgruppene blir positivt mottatt og dermed sjansen for en vellykket gjennomføring).
- Vær forutseende i forhold til det faktum at etikkveiledere slutter i stillingen eller får en annen stilling som ikke er forenlig med etikkveilerrollen, slik at man trenger nye etikkveiledere.
- Opplæringen av etikkveiledere er kun en liten del av gjennomføringsprosessen. Unngå at etikkveilerne får ansvar for hele gjennomføringsprosessen (jf. kap. 5).
- Sørg for jevnlig evaluering av opplæringsprogrammet for å sikre god utvikling og tilpassing av opplæringsprogrammet til deltakernes behov og kompetanse.

7. Avslutning

Dette heftet har tatt for seg ulike aspekter ved et omfattende prosjekt om gjennomføring av etikkrefleksjonsgrupper i de psykiske helsetjenestene. Vi har satt søkelyset på etiske utfordringer relatert til bruk av tvang, etikkteori, metoder for etisk refleksjon, gjennomføring og evaluering av etikkrefleksjonsgrupper og opplæring av etikkveiledere. For å kunne gi god behandling og omsorg er det viktig at helsepersonell har kontinuerlig oppmerksomhet på hva god behandling og omsorg er og hva det betyr å være en god profesjonsutøver og en god organisasjon. Ved avslutningen av prosjektet hadde 6 av 7 avdelinger besluttet at de ønsket å videreføre etikkrefleksjonsgrupper inn i ordinær drift som en metode for etikkrefleksjon og kompetanseheving for ansatte. Senere har en av institusjonene avgjort at tilbudet om etikkrefleksjonsgrupper skal utvides til å gjelde hele klinikken for psykisk helse og rus. Bakgrunnen for denne langsiktige satsingen var at de ansatte og lederne erfarte at systematisk etikkrefleksjon gjorde en forskjell, slik tittelen på dette heftet viser til.

Systematisk etikkrefleksjon gjorde en forskjell for mange deltakere i dette prosjektet ved at gruppene bidro til at deltakerne utviklet et nytt språk, større bevissthet og gruppene ble opplevd å være en demokratisk arena. Systematisk etikkrefleksjon er en metode for konstruktiv utforskning av krevende utfordringer i klinisk praksis. Noen ansatte erfarte at dialog om etiske utfordringer bidro til dannelse på arbeidstedet. Etikken spilte en rolle i det tverrfaglige kollegafellesskapet. De ansatte hjalp hverandre med å utvikle nye perspektiver og horisonter relatert til bruk av tvang, god behandling og omsorg og godt samarbeid. Denne felles refleksjonen fikk betydning for de ansattes tilnærming til pasienter og pårørende.

PET-prosjektet har vist at systematisk etikkrefleksjon i helsetjenesten er et ungt fagfelt med stort potensial. Fremover blir det viktig å utvikle arbeidet med etikkrefleksjon slik at utforskning av utfordringer i helsetjenesten inkluderer alle berørte parter, både pasienter, pårørende og ansatte.

Referanser

Abma, T. A., Molewijk, B. og Widdershoven, G. A. M. (2009). Good care in ongoing dialogue. Improving the quality of care through moral deliberation and responsive evaluation. *Health Care Analysis* 17: 217-235.

Argyris, C. og Schön, D. A. (1974). *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*. Oxford: Jossey-Bass.

Berg, J. W., Appelbaum, P. S., Lidz, C. W. og Parker, L. S. (2001). *Informed consent: Legal theory and clinical practice*. 2. utg. Fair Lawn, NJ: Oxford University Press.

Bindman, J., Reid, Y., Szmukler, G., Tiller, J., Thornicroft, G. og Leese, M. (2005). Perceived coercion at admission to psychiatric hospital and engagement with follow-up. A cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40: 160-166.

Bolten, H. (2001). The impact of Socratic dialogue: Managers development of moral accountability. *Reason in Practice* 3(1): ss. 21-34.

Bohm, D. (1996/2004). *On dialogue*. New York: Routledge.

Børslett, E. J., Heilmann, G. A., Lillemoen, L. og Pedersen, R. (2011). *La etikken blomstre i praksis - en bok om systematisk refleksjon i arbeidshverdagen*. BK Grafisk.

Dewey, J., og Bentley, A. F. (1960). *Knowing and the known* (No. 111). Boston: Beacon Press.

Engerdahl, I. S., Molewijk, B. og Pedersen, R. (2016). Etske utfordringer ved bruk av tvang i psykisk helsevern: når lovverk møter praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 53(2): 103-110.

Gadamer, H.-G. (1960/2004). *Truth and method*. London: Continuum.

Gjerberg, E., Lillemoen, L., Dreyer, A., Pedersen, R. og Førde, R. (2014). Etisk kompetanseheving i norske kommuner – hva er gjort, og hva har vært levedyktig over tid? *Etikk i praksis. Nordic Journal of Applied Ethics* 8 (2): 31-49.

Gjerberg, E., Lillemoen, L., Førde, R., Pedersen, R. og Molewijk, B. (2017). Systematisk refleksjon over etiske problemstillinger. I: Pedersen, R. og Nortvedt, P. (red.). *Etikk i psykiske helsetjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Under utgivelse.

Graste, J. (2003). De dilemma metode. I: Manschot, H. og van Dartel, H. (red.). *Ingesprek over goede zorg* (Om god omsorg). Amsterdam: Boom, ss. 43-61

Guillemin, M. og Gillam, L. (2006). *Telling moments: Everyday ethics in health care*. Melbourne: IP Communications.

Habermas, J. (1984). *Theory of communicative action*. Vol. 1. Boston: Beacon Press.

- Habermas, J. (1987). *Theory of communicative action*. Vol. 2. Boston: Beacon Press.
- Heckmann, G. (1993). *Das Sokratische Gespräch*. Frankfurt am Main: dipa-Verlag.
- Hem, M. H., Pedersen, R., Norvoll, R. og Molewijk, B. (2014). Evaluating clinical ethics support in mental health care: A systematic literature review. *Nursing Ethics*. doi: 10.1177/0969733014539783
- Hem, M. H., Molewijk, B. og Pedersen, R. (2014). Ethical challenges in connection with the use of coercion: a focus group study of health care personnel in mental health care. *BMC Medical Ethics* 15:82.
- Hem, M. H., Gjerberg, E., Husum, T. L. og Pedersen, R. (2016). Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: a systematic literature review. *Nursing Ethics*. doi:10.1177/0969733016629770
- Husum, T. L. (2011). *Staff attitudes and use of coercion in acute psychiatric wards in Norway*. PhD avhandling, Unipub, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Husum, T. L., Hem, M. H. og Pedersen, R. (2017). A survey of mental healthcare staff's perception of ethical challenges related to the use of coercion in care. I: Gather, J., Henking, T., Nossek, A. og Vollmann, J. (red.). *Beneficial coercion in psychiatry? Foundations and challenges*. Münster: Mentis, ss. 205-222.
- Janssens, R. M., van Zadelhoff, E., van Loo, G., Widdershoven, G. A. M. og Molewijk, B. (2015). Evaluation and perceived results of moral case deliberation: A mixed methods study. *Nursing Ethics* 22(8): 870-880.
- Kalager, G., Førde, R. og Pedersen, R. (2011). Er drøfting av pasientsaker i klinisk etikk-komiteer nyttig? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2(131): 118-121.
- Kallert, T. W. og Torres-González, F. (red.) (2006). *Legislation on coercive mental health care in Europe: Legal documents and comparative assessment of twelve European countries*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Kallert, T. W., Mezzich, J. E. og Monahan, J. (red.) (2011). *Coercive treatment in psychiatry: Clinical, legal and ethical aspects*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Kant, I. (1785/1983). Grounding for the metaphysics of morals, i: I. Kant: *Ethical Philosophy*, James W. Ellington, trans., Indianapolis, IA: Hackett Publishing Co.
- Kellermanns, F. W., Floyd, S. W., Pearson, A. W. og Spencer, B (2007). The contingent effect of constructive confrontation on the relationship between shared mental models and decisional quality. *Journal of Organizational Behavior* 29: 119-37.
- Kessels, J. (2001). Socrates comes to market. *Reason in Practice* 1(1): 49-71.
- Kessels, J., Boers, E., og Mostert, P. (2009). *Free space. A field guide for conversations*. Amsterdam: Boom Publishers.
- Landeweer, E., Abma, T. og Widdershoven, G. A. M. (2011). Moral margins concerning the use of coercion in psychiatry. *Nursing Ethics* 18(3): 304-316.

Lidz, C.W., Hoge, S. K., Gardner, W., Bennett, N. S., Monahan, J., Mulvey, E. P. og Roth, L. H. (1995). Perceived coercion in mental hospital admission. Pressures and process. *Archives of General Psychiatry* 52(12): 1034-1039.

Lillemoen, L. og Pedersen, R. (2013). Ethical challenges and how to develop ethics support in primary health care. *Nursing Ethics* 20(1): 96-108.

Lorem G, Hem MH og Molewijk B. (2014). Good coercion: Patients' moral evaluation of coercion in mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*. doi: 10.1111/inm.12106

Mann, K., Gordon, J. og MacLeod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Advances in health sciences education* 14: 595-621.

McGee, G. (red.). (1999). *Pragmatic bioethics*. Nashville: Vanderbilt University Press.

Mill, J. S. (1862). The contest in America. *Harper's New Monthly Magazine* 24(143): 683-684. New York Harper & Bros.

Molewijk, B., Abma, T., Stolper, M. og Widdershoven, G. A. M. (2008a). Teaching ethics in the clinic. The theory and practice of moral case deliberation. *Journal of Medical Ethics* 34: 120-124.

Molewijk, B., Verkerk, M., Milius, H. og Widdershoven, G. A. M. (2008b). Implementing moral case deliberation in a psychiatric hospital: process and outcome. *Medicine, Health Care and Philosophy* 11(1): 43-56.

Molewijk, B., van Zadelhoff, E., Lendemeijer, H. og Widdershoven, G. A. M. (2008c). Implementing moral case deliberation in Dutch health care; improving moral competency of professionals and the quality of care. *Bioethica Forum* 1(1): 57-65.

Molewijk, B. og Ahlzen, R. (2011). Clinical Ethics Committee case 13: should the school doctor contact the mother of a 17-year-old girl who has expressed suicidal thoughts? *Clinical Ethics* 6: 5-10.

Molewijk, B., Hem, M. H. og Pedersen, R. (2015). Dealing with ethical challenges: a focus group study with professionals in mental health care. *BMC Medical Ethics* 16:4.

Molewijk, B., Engerdahl, I. og Pedersen, R. (2016). Two years of moral case deliberations on the use of coercion in mental health care: Which ethical challenges are being discussed by health care professionals? *Clinical Ethics* 11(2-3), 87-96.

Molewijk, B., Kok, A., Pedersen, R., Førde, R. og Aasland, O. (under arbeid). Two years of ethics reflection groups in mental health care: repeated evaluation and measurement of perceived results.

Monahan, J., Hoge, S., Lidz, C., Roth, L. H., Bennett, N., Gardner, W. og Mulvey, E. (1995). Coercion and commitment - Understanding involuntary mental-hospital admission. *International Journal of Law and Psychiatry* 18(3): 249-263.

- Norvoll, R. og Pedersen, R. (2016a). Exploring the views of people with mental health problems' on the concept of coercion: Towards a broader socio-ethical perspective. *Social Science and Medicine* 156: 204-211.
- Norvoll, R. og Pedersen, R. (2016b). Patients' moral views on coercion in mental health care. *Nursing Ethics*. doi: 10.1177/0969733016674768
- Norvoll, R., Hem, M. H. and Pedersen, R. (2016). The role of ethics in reducing and improving the quality of coercion in mental health care. *HEC Forum*. doi: 10.1007/s10730-016-9312-1
- Norvoll, R. og Pedersen, R. (2017). *Tvang og medvirkning i psykiske helsetjenester - Pasienters og pårørendes syn og erfaringer. Ressurshäfte fra prosjektet «Psykiske helsetjenester, etikk og tvang»*. Oslo: Representralen, Universitetet i Oslo.
- Peel, R. og Chodoff, P. (1999). The ethics of involuntary treatment and deinstitutionalization. I: Bloch, S., Chodoff, P. og Green, S. A. (red.). *Psychiatric ethics*. Oxford, New York: Oxford University Press, 3-utg., ss. 423-440.
- Pedersen, R. og Nortvedt, P. (red.) (2017). *Etikk i psykiske helsetjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Under utgivelse.
- Radden, J. og Sadler, J. Z. (2010). *The virtuous psychiatrist. Character ethics in psychiatric practice*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Reiter-Theil, S., Schürmann, J. og Schmeck, K. (2014). Klinische Ethik in der Psychiatrie: State of the art. *Psychiatrische Praxis* 41(07): 355-363.
- Schneiderman, L. J., Gilmer, T. og Teetzel, D. (2003). Effects of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting. A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 290(9): 1166-1172.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic New York: Books Inc.
- Sjöström, S. (2006). Invocation of coercion context in compliance communication – Power dynamics in psychiatric care. *International Journal of Law and Psychiatry* 29(1): 36-47.
- Stolper, M., Molewijk, B. og Widdershoven G. A. M. (2016). Bioethics education in clinical settings: theory and practice of the dilemma method of moral case deliberation. *BMC Medical Ethics*. doi: 10.1186/s12910-016-0125-1
- Szmukler, G. og Appelbaum, P. (2001). Treatment pressures, coercion and compulsion. I: Thornicroft, G. og Szmukler, G. (red.). *Textbook of community psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, ss. 529-544.
- Szmukler, G. (2015). Compulsion and “coercion” in mental health care. *World Psychiatry* 14:3 October.

Söderhamn, U., Kjøstvedt, H. T. og Slettebø, Å. (2015). Evaluation of ethical reflections in community healthcare: a mixed-methods study. *Nursing Ethics* 22(2): 194-2014.

van der Dam, S., Abma, T. A., Molewijk, B., Kardol, M. J. M., Schols, J. M. G. A. og Widdershoven G. A. M. (2011). Organizing moral case deliberation. Experiences in two Dutch nursing homes. *Nursing Ethics* 18(3): 327-340.

Vetlesen, A. J. og Stänicke, E. (1999). *Fra hermeneutikk til psykoanalyse: muligheter og grenser i filoofiens møte med psykoanalysen*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

Weidema, F., Molewijk, B., Kamsteeg, F. og Widdershoven, G. A. M. (2013). Aims and harvest of moral case deliberation. *Nursing Ethics* 20(6): 617-631.

Weidema, F., van Dartel, H. og Molewijk, B. (2016). Working towards implementing moral case deliberation in mental healthcare: Ongoing dialogue and shared ownership as strategy. *Clinical Ethics* 11(2-3), 54-62.

Widdershoven, G. A. M. og Molewijk, B. (2010). Philosophical foundations of clinical ethics: a hermeneutic perspective. I: Schildmann, J., Gordon, J. S., og Vollmann, J. (red.). *Clinical ethics consultation: theories and methods, implementation, evaluation*. Aldershot: Ashgate, ss. 37-51.

Vedlegg 1 Referansegruppen i PET-prosjektet

NAVN	ARBEIDSSTED	STILLING
Bakke, Hege Helen	Rådet for psykisk helse	Rådgiver
Ellingsdalen, Mette	We Shall Overcome (WSO)	Sentralstyret
Furre, Astrid	Kompetansesenter for sikkerhet, fengsel og rettspsykiatri for HSØ	Stipendiat
Gjesdal, Siri	Sørlandet sykehus/Barns beste	Leder
Hatling, Trond	Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid	Daglig leder
Hem, Hilde	Erfaringskompetanse.no	Leder
Holmberg, Haakon	A-senteret Kirkens bymisjon	Fagsjef
Høyser, Georg	Universitetet i Tromsø	Leder av TvangsForsk/professor
Knutzen, Maria	Avd. psykisk helse og avhengighet OUS	Forsker
Kufås, Elin	Blakstad	Sosionom/KEK-medlem
Lauveng, Arnhild	FoU avd, A-hus	Stipendiat
Nyttingnes, Olav	FoU avd, A-hus	Stipendiat
Opsal, Anne	Sørlandet sykehus	Stipendiat
Skree, Liv	We Shall Overcome (WSO)	Sentralstyret
Steneby, Jan	Voksne for barn	Fagkoordinator
Storaas, Jon	Rusmisbrukernes interesseorganisasjon	Daglig leder
Talseth, Randi	Voksne for barn	Generalsekretær
Terjesen, Anne Grete	Landsforeningen for pårørende innen psykiatri (LPP)	Styreleder
Thorsen, Eivind	Sørlandet sykehus/Barns beste	Fagrådgiver
Vestheim, Terje	Hamarkonferansen/Sykehuset innlandet	Psykiater

Vedlegg 2 Dilemmametoden for etisk refleksjon

1. Introduksjon
 - Forventninger og hensikt, konfidensialitet, notater og informasjon om det å delta i en etikkrefleksjonsgruppe, kjøreregler og etikkveileders rolle
2. Kasuistikken presenteres med et generelt etisk spørsmål eller etisk tema
3. Formulering av et dilemma (kort presentasjon av den som legger frem saken)
 - Eksempel på etisk spørsmål: 'Bør vi respektere pasientens autonomi?'
Dilemma: 'Bør jeg gjøre atferd A eller atferd B?'
4. Mulighet for oppklarende spørsmål fra deltakere om fakta i saken
 - Deltakerne forestiller seg posisjonen til den som presenterer saken, og stiller eventuelt noen oppklarende spørsmål om den konkrete situasjonen som er nødvendig for å kunne svare på nøkkelspørsmålet
5. Beskriv i en oversikt (for eksempel som en tabell) de berørte parters perspektiv, verdier og normer som aktualiseres
 - Deltakerne skriver ned både de berørtes perspektiver i saken og sine egne perspektiver om saken. Hvert perspektiv blir uttrykt i verdier, og hver verdi blir konkretisert i en norm. Det er viktig at verdier og normer er relatert til det etiske dilemmaet.
6. List opp alle mulige alternativer til dilemmaet (uten å diskutere hva som er mulig)
7. Individuelle svar
 - Jeg mener det mest riktige å gjøre er å ...
 - Fordi ... (begrunnelse, verdier, normer)
 - Derfor er jeg ikke i stand til å gjøre ...
 - Hvordan kan jeg mestre dette eller redusere den moralske belastningen/skaden?
 - Hvilke dyder/holdninger er nødvendig for å kunne gjøre det gode? (Fordi det kan være en forskjell mellom å vite hva som er riktig og å handle riktig)
8. Diskuter mulige forskjeller og konsensus i gruppen (helhetsvurdering)
9. Avrunding (oppsummering)
 - Hva er kjernen i det vi har snakket om? Hva har vi lært? På hvilke måter har vi blitt klokere? Hva tar vi med videre? Hva er neste steg?
10. Avgjørelser og videre oppfølging (handling, oppgaver, tidspunkt for evaluering)
11. Evaluering av etikkrefleksjonsgruppe
 - Evaluering av samtalen, metoden, etikkveileders rolle og gruppeprosessen. Hva gikk bra, hva kan vi eventuelt gjøre annerledes?

(Molewijk mfl 2008a; Molewijk og Ahlzen 2011; Stolper, Molewijk og Widdershoven 2016)

Vedlegg 3 Sokratiske dialog som metode for etisk refleksjon

1. Introduksjon: forventninger og hensikt, konfidensialitet, notater og informasjon om etikkrefleksjonsgruppe, kjøreregler og etikkveileders rolle
2. Aktuell kasuistikk presenteres kortfattet av den som kjenner historien («fortelleren»)
 - Hva skjedde (fakta, observasjoner)?
 - Hva gjorde fortelleren (handling/atferd)?
 - Hva betyr denne situasjonen for fortelleren (følelser, erfaring)?
 - Hva er etter din mening det sentrale temaet i denne situasjonen? Hva står på spill?
3. Valg av etisk spørsmål som en vil utforske; spørsmålet kan være formulert av fortelleren med hjelp av deltakere: Hvilket grunnleggende spørsmål vil vi ta opp?
4. Mål: Prøv å gå i den andres sko. Mulighet for oppklarende spørsmål fra deltakere om fakta i saken
5. Deltakere svarer på spørsmålet (vedrørende den gitte situasjonen). Hver deltaker svarer på spørsmålet og svaret utdypes med argumenter, verdier, normer. Følgende rekkefølge kan brukes som et hjelpemiddel:
 - Hva betyr en slik situasjon for deg når du møter den? (følelser, erfaringer)
 - Hva ville du gjøre i en lignende situasjon? (handling, atferd)
 - Hvordan svarer du på det etiske spørsmålet (se punkt 3)? (vurdering)
 - På hvilket grunnlag? (vurdering, med verdi)
6. Fordypning i den etiske refleksjonen: forskjeller og likheter
7. Avrunding (oppsummering)
 - Hva er kjernen i det vi har snakket om? Hva har vi lært? På hvilke måter har vi blitt klokere? Hva tar vi med videre? Hva er neste steg?
8. Avtaler og oppfølging
9. Evaluering
 - Evaluering av den Sokratiske dialogen, etikkveileders rolle og gruppeprosessen: hva gikk bra, hva kan vi gjøre annerledes?

(Molewijk mfl 2008a; Molewijk og Ahlzen 2011; Stolper, Molewijk og Widdershoven 2016)

Vedlegg 4 Artikler fra PET-prosjektet

1. Aasland, O., Førde, R., Husum, T. L. og Pedersen, R. Between paternalism and user-participation - attitudes and opinions on coercion among different professionals in mental health and addiction treatment in Norway. Innsending høst 2017.
2. Engerdahl, I. S., Molewijk, B. og Pedersen R. (2016). Ethiske utfordringer ved bruk av tvang i psykisk helsevern: når lovverk møter praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 53(2): 103-110.
3. Førde, R., Norvoll, R., Hem, M. H. og Pedersen, R. (2016). Next of kin's experiences of involvment during involuntary hospitalization and coercion. *BMC Medical Ethics* 17:76. DOI: 10.1186/s12910-016-0159-4
4. Hem, M. H., Molewijk, B. og Pedersen, R. (2014). Ethical challenges in connection with the use of coercion: a focus group study of health care personnel in mental health care. *BMC Medical Ethics* 15:82. doi:10.1186/1472-6939-15-82
5. Hem, M. H., Pedersen, R., Norvoll, R. og Molewijk, B. (2015). Evaluating clinical ethics support in mental healthcare: A systematic literature review. *Nursing Ethics* 22(4), 452-466.
6. Hem, M. H., Gjerberg, E., Husum, T. L. og Pedersen, R. (2016). Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: A systematic literature review. *Nursing Ethics*. doi: 10.1177/0969733016629770
7. Hem, M. H., Molewijk, B., Gjerberg, E., Lillemoen, L. og Pedersen, R. The significance of ethics reflection groups in mental health care: a focus group study among helal care professionals. Innsending vår 2017.
8. Hem, M. H., Molewijk, B. og Pedersen, R. (2017). *Systematisk etikkrefleksjon gjør en forskjell. Et ressurshefte for etikkrefleksjonsgrupper i psykisk helsevern*. Oslo: Representralen, Universitetet i Oslo.
9. Husum, T. L., Hem, M. H. og Pedersen, R. (2017). A survey of mental health care staff's perception of ethical challenges related to the use of coercion in care. Konferansebidrag. I: Gather, J. mfl. (red.). *Beneficial Coercion in Psychiatry? Foundations, Areas of Conflict, Prevention*. Mentis, Germany.
10. Lorem, G. F., Hem, M. H. og Molewijk, B. (2015). Good coercion: Patients' moral evaluation of coercion in mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(3), 231-240. doi:10.1111/inm.12106
11. Martinsen, E. H., Weimand, B., Pedersen, R. og Norvoll, R. (2017). The silent world of young next of kin in mental healthcare. *Nursing Ethics*. doi: 10.1177/0969733017694498
12. Martinsen, E. H., Weimand, B., Pedersen, R. og Norvoll, R. (2017). «Det er ikke gøy å se at faren din blir lagt i håndjern og dratt ut i en politibil». *Dagens Medisin* 4/5.
13. Martinsen, E. H., Weimand, B. og Norvoll, R. The impact of coercion on young next of kin in mental health care: A focus group study with child responsible personnel. Under utarbeidelse.
14. Molewijk, B., Hem, M. H. og Pedersen, R. (2015). Dealing with ethical challenges: a focus group study with proessionals in mental health care. *BMC Medical Ethics* 16:4. doi: 10.1186/1472-6939-16-4
15. Molewijk, B., Engerdahl, I. S. og Pedersen, R. (2016). Two years of moral case deliberations on the use of coercion in mental health care: Which ethical challenges are being discussed by health care professionals? *Clinical Ethics* 11(2-3): 87-96.

16. Molewijk, B., Kok, A., Husum, T. L., Pedersen, R. og Aasland, O. (2017). Staff's normative attitudes towards coercion. The role of moral doubt, profession and context. Akseptert for publisering i *BMC Medical Ethics*.
17. Molewijk, B., Kok, A., Pedersen, R. og Aasland, O. Quantitative evaluation of ethics reflection groups: a two year follow-up study. Innsending sommer 2017.
18. Molewijk, B., Hem, M. H., Lillemoen, L., Gjerberg, E. og Pedersen, R. Implementing ethics reflection groups and training facilitators. A two year mixed methods study. Under utarbeidelse.
19. Molewijk, B., Pedersen, R., Førde, R., Kok, A. og Aasland, O. Two years of ethics reflection groups on the use of coercion in mental health care. Are there changes regarding how employees think about coercion, patient involvement and team cooperation? Under utarbeidelse.
20. Norvoll, R., Hem, M. H. og Pedersen, R. (2016). The role of ethics in reducing and improving the quality of coercion in mental health care. *HEC Forum*. DOI 10.1007/s10730-016-9312-1
21. Norvoll, R. og Pedersen, R. (2016). Exploring the views of people with mental health problems on coercion: towards a broader socio-ethical perspective. *Social Science and Medicine* 156: 204-211.
22. Norvoll, R. og Pedersen, R. (2016). Patients' moral views on coercion in mental healthcare. *Nursing Ethics*. doi: 10.1177/0969733016674768
23. Norvoll, R., Hem, M. H. og Lindemann, H. Family members' views on and experiences with coercion in mental health care – a narrative study. Innsending høst 2017.
24. Norvoll, R. og Pedersen, R. (2017). *Tvang og medvirkning i psykiske helsetjenester - Pasienters og pårørendes syn og erfaringer. Ressurshäfte fra prosjektet «Psykiske helsetjenester, etikk og tvang»*. Oslo: Representralen, Universitetet i Oslo.
25. Norvoll, R. og Pedersen, R. The invisible worlds of adolescents' experiencing coercion in mental healthcare. Innsending høst 2017.
26. Pedersen R. og Norvoll, R. Patients' views on involvement during severe mental illness and coercion. Innsending høst 2017.
27. Syse, I., Førde, R. og Pedersen, R. (2016). Clinical ethics committees – also for mental health care? The Norwegian experience. *Clinical Ethics* 11(2), 81-86.
28. Weidema, F., Dartel, H. V. og Molewijk, B. (2016). Working towards implementing moral case deliberation in mental healthcare: Ongoing dialogue and shared ownership as strategy. *Clinical Ethics* 1(11), 43-44.

ISBN 978-82-93544-03-6 (Trykt)

ISBN 978-82-93544-04-3 (PDF)



UiO : Universitetet i Oslo