

Møtet – å se og bli berørt av pasienten

En grunn for etisk kompetanse hos helsepersonell

Grethe Bjerga, Kari Kaldestad, Bente Dorrit Rossavik,
Anne Ree Jensen og Camilla Koskinen

Grethe Bjerga, universitetet i Stavanger, grethe.h.bjerga@uis.no

Kari Kaldestad, universitetet i Stavanger,

Bente Dorrit Rossavik, , universitetet i Stavanger,

Anne Ree Jensen, Stavanger universitetssykehus

Camilla Koskinen, universitetet i Stavanger

Sammendrag

I denne omsorgsvitenskaplige studien søker vi en dypere forståelse av helsepersonells erfaringer av utfordringer og grunnlag for å opprettholde etisk kompetanse i klinisk praksis. Studien har et kvalitativ design. Metodologien er hermeneutisk applikasjonsforskning. Tolv deltakere fra ulike profesjoner, fordelt på to grupper, deltok i dialoger om etisk kompetanse. Systematisk tekstkondensering er brukt som metode for å analysere dataene.

Funnene presenteres i fire temaer: I komplekse kliniske erfaringer blir etikken utfordret, Å skape rom for refleksjon, Å se mennesket og Å bli berørt av pasienten. Resultatet bekrefter at møtet mellom helsepersonell og pasient er betydningsfullt, og at møtet i seg en iboende etikk. Helsepersonell arbeider i en spenning mellom å se mennesket i pasientrollen og å bli overveldet av lidelse i et system preget av travelhet og gjøremål. I dette spenningsfeltet kan helsepersonell være i en dannelsingsprosess, gjennom refleksjon som fremmer og opprettholder etisk kompetanse.

Nøkkelord

Etisk kompetanse, helsepersonell, hermeneutisk applikasjonsforskning og systematisk tekstkondensering

Fagfellevurdert artikkel

<https://doi.org/10.7557/14.6647>

© Forfatter(e)(n). Denne artikkelen er lisensiert under en [Creative Commons Navngivelse 4.0 Internasjonal](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) lisens.

Introduksjon

Grunnverdier synes i dag å være under press i helseorganisasjoner preget av en teknologisert kultur der markedstenkingen er rådende. Nåden et al. (2018) spør om klinisk praksis er i en endring mot en mer individsentrert humanisme og selvsentrering. Man står overfor spørsmålet om hvorvidt effektivitet og kostnadsbesparelser kan gi dårligere kår for omsorg og grunnleggende verdier som solidaritet, medlidenhet, verdighet og nestekjærlighet, og at omsorgen forsvinner i kontekst, systemer, men også for mennesket selv. Ifølge Ekebergh og Lindberg (2020) er ekte møter, følsomhet overfor pasientens fortellinger og omsorg i klinisk praksis tre avgjørende komponenter for å implementere strategier i praksis som støtter og styrker reflektert læring og reflektert omsorg. Møter mellom helsepersonell og pasient skjer ofte når livet er på sitt mest sårbare, og da kan møtet mellom mennesker være skjellsettende, ifølge Bjerga (2020). Slike skjellsettende møter kan bli et livsbærende møte, hvor mennesker skaper et livgivende fellesskap. I dette fellesskapet blir den andre genuin for en i øyeblikket og blir et menneske som angår en. Slik at møtene mellom helsepersonell og pasient er betydningsfulle for å opprettholde etisk kompetanse (Bjerga 2020; Ekebergh & Lindberg, 2020).

Ifølge Førde og Aasland Gjerløw (2013) blir helsepersonell utfordret både etisk og eksistensielt i utøvelse av omsorg og behandling av pasienter. Helsepersonell arbeider ofte i et spenningsfelt hvor de må handle i komplekse pasient situasjoner, preget av usikkerhet om hva som er det rette å gjøre. Daglig møter helsepersonell etiske utfordringer. Utfordringene erfares som smertefull travelhet, verdikonflikter og kompromiss med profesjonelle prinsipper. Dette kan føre til følelsesmessig immunisering hvor man er uimottagelig for å bli følelsesmessig berørt.

Storaker et al. (2017) studie viser at når man ikke blir berørt av pasientens sårbarhet, gjenkjenner og ivaretar man heller ikke sin egen sårbarhet. Følelsesmessig immunisering kan videre føre til moralsk stress. Moralsk stress kjennetegnes ved at profesjonelle forpliktelser og profesjonell integritet krenkes. Det oppstår når man har en klar oppfatning av hva som er moralsk rett å gjøre, men hindres i å handle etter dette idealet (Førde & Aasland Gjerløw, 2013; Bruland Vråle et al., 2017).

Etisk sensitivitet har betydning for å opprettholde etisk kompetanse (Weaver et al., 2008). Etisk sensitivitet kan utvikle seg i møte med menneskets lidelse og sårbarhet, og har betydning for å ivareta pasientens verdighet. Etisk sensitivitet viser seg i menneskets evne til å fatte avgjørelser med intelligens, medfølelse og mot til å handle i omsorgssituasjoner preget av usikkerhet. Ifølge Milliken og Grace (2017) er kunnskap om etikk og erfaringslæring betydningsfullt for å utvikle etisk sensitivitet og etisk bevissthet hos helsepersonell. En slik sensitivitet er viktig når man må ta etiske beslutninger, og er en nødvendig forløper for moralsk handlingsfrihet. Etisk bevissthet innebærer vilje og evne til å gjenkjenne en praksis iboende etiske natur. Ved gjentatt eksponering for katastrofer kan etisk sensitivitet

bli hemmet. Refleksjon er særlig viktig for å utvikle etisk bevissthet, sensitivitet og moralsk handlefrihet. Samtidig kan helsepersonell som er etisk sensitive være mer sårbare for moralsk stress, fordi en økt etisk bevissthet kan resultere i flere erfaringer der man ikke får handlet slik man tenker er det rette (Milliken & Grace, 2017).

Kompetanse er et begrep med et mangfold av definisjoner. Johnstone (2015) definerer kompetanse som en kombinasjon av ferdigheter, holdninger, kunnskaper, verdier og evner som understøtter god utøvelse av egen profesjon og en god karakter. Man trenger teoretiske kunnskaper om etikk og nødvendige ferdigheter for å kunne handle i moralsk problematiske situasjoner. Kulju et al. (2016) definerer etisk kompetanse som en personlig kvalifikasjon som inkluderer etisk forståelse, mot, evnen til moralsk bedømmelse og en vilje til å gjøre det gode. Etisk kompetanse utvikles gjennom erfaringer, men er avhengig av støtte fra organisasjonen for at en slik utvikling skal kunne skje. Ifølge Jormsri et al. (2005) viser moralsk kompetanse seg i helsepersonells evne til å håndtere etiske spørsmål i praksis. Moralsk kompetanse består av moralsk oppfatning, moralsk skjønn og moralsk oppførsel. Moralsk oppfatning er relatert til en affektiv dimensjon og bevissthet om verdier. Moralsk skjønn innebærer valg av verdier, synlig i menneskets moralske atferd og handling. Koskinen (2020) beskriver etisk kompetanse som en personlig kvalifikasjon som inkluderer et etisk grunnsyn, en etisk holdning som viser seg i handling. Etisk holdning utvikler seg gjennom refleksjon og er nært forbundet med en personlig utvikling. Etisk handling viser seg i måten man ivaretar pasientens verdighet og i det å søke å gjøre det gode. I Koskinen et al. (2021) blir en tredimensjonal modell for multiprofesjonell etisk kompetanse presentert. Modellen har tre komponenter: Etisk verdigrunnlag, Etisk holdning og Etisk kultur. Ifølge Thorup et al. (2012) kan etisk dannelse forstås som en personlig, etisk og eksistensiell prosess som viser seg i evnen til å utøve profesjonell omsorg. En etisk og moralsk praksis innbefatter dannelse som handler om faglig dyktighet og kyndig yrkesutøvelse, utført med medmenneskelighet. Dannelse er dialektisk og utvikles i vekselvirkning med omgivelsene. Klokskap og innsikt vinnes gjennom erfaring. I usikre og komplekse situasjoner trenger man faglig skjønn for å handle godt og rett (Alvsvåg, 2013).

Flere studier (Carpenter et al., 2014; Grace et al., 2014; Robinson et al., 2014; Bruland Vråle et al., 2017) belyser betydningen av veiledning og ulike utdanningsprogram hvor refleksjon over egne erfaringer er sentralt for å utvikle etisk kompetanse. Ifølge Bruland Vråle et al. (2017) kan etisk refleksjon i veiledning bidra til økt bevisstgjøring av det moralske ansvaret helsepersonell har overfor pasientene. Refleksjon i veiledning over etiske utfordringer kan medvirke til et friere handlingsrom, økt mot til å artikulere og tydeliggjøre viktige etiske omsorgsverdier i praksis, og forebygge moralsk stress. Grace et al. (2014) og Robinson et al. (2014) beskriver og evaluerer utdanningsprogrammet CERN (The

Clinical Ethics Residency for Nurses), hvis hensikt er å øke helsepersonells etiske kompetanse. CERN viser at det å dele egne erfaringer fra klinisk praksis og refleksjon utvikler etisk selvtillit og kunnskaper. Likeså viser Carpenter et al. (2004) studie at deltakelse i tverrfaglige kurs i helseetikk og tverrfaglig teamarbeid er nødvendig for å fremme god kvalitet og god omsorg for pasienter. Det er særlig betydningsfullt å anerkjenne de ulike bidragene som hver profesjon kan bidra med for å løse etiske dilemmaer, samt å forstå ulike profesjoner sine etiske koder.

Basert på tidligere forskning er det tydelig at helsepersonell står i utfordrende og betydningsfulle møter som kan medføre moralsk stress. Studier peker på hvordan helsepersonell i kliniske situasjoner og i møter med mennesker som trenger helsehjelp utviser sensitivitet og etisk kompetanse.

Hensikt

Hensikten med denne omsorgsvitenskapelige studien er å få en dypere forståelse av helsepersonells erfaringer med utfordringer og av grunnlaget for å opprettholde etisk kompetanse i klinisk praksis.

Metode

Studien har et kvalitativ design og er forankret i et fortolkende paradigme med forbindelse til hermeneutisk tradisjon. Metodologien er hermeneutisk applikasjonsforskning (Lindholm 2003; Nyholm, Koskinen, Nyström 2015). Gjennom applikasjonsforskning utvikles ny forståelse i pendling mellom vitenskap, teori og praksis gjennom refleksive dialoger mellom vitenskapelige forskere og kliniske med-forskere. En felles forståelse kan oppnås og innovativ tenkning skapes ved at deltakerne bringer inn ulike kunnskap og nye perspektiver.

Datainnsamling

Bakgrunnen for denne studien er et engasjement og et ønske om å reflektere sammen med tverrprofesjonelt helsepersonell over hva som fremmer og opprettholder etisk kompetanse i en spesialisthelsetjeneste. Vi tok kontakt med klinikksjefer for å rekruttere deltakere til studien. Klinikksjefene formidlet videre kontakt til ledere tilknyttet ulike seksjoner. Helsepersonell ble informert om studien av sine ledere, og spurt om å delta i forskningsprosjektet. Deltakerne var bestod av seks sykepleiere, seks leger og psykologer. Det var to menn og 10 kvinner. I hver gruppe var det 2 leger, 1 psykolog (eller under spesialisering) og 3 sykepleiere. Deltakerne arbeidet i vanlige sengeposter og i spesial avdelinger. Deltakeren var mellom 24 og 57 år. Arbeidserfaringen varierte fra ett år til 34 år.

To grupper, hver med seks klinikere, en fagansvarlig fra klinikken og en forsker møttes til refleksive dialoger i to ulike grupper. Dialogene startet med en kort presentasjon av begreper i etikk for å starte tankeprosessen. Temaene var:

verdighet, møtet mellom helsepersonell og pasient, etikk i ledelse og etisk kompetanse. Temaene ble diskutert i lys av deltagerens erfaringer og fortellinger fra praksis. Erfaringene som ble delt i de to gruppene var kontekstuelle og gjenspeilte den enkeltes profesjon. I refleksjonene derimot, var gjenkjenning i hverandres fortelling det fremtredende, og noe universelt trer frem som skapte noe utover den enkeltes erfaring.

Dialogene varte gjennomsnittlig to timer. De ble tatt opp på bånd og transkribert, og materialet bestod av 117 transkriberte sider. En forsker/faglig ansvarlig fulgte alle gruppesamlingene, for å ivareta kontinuitet og skape trygghet i en gruppe. Forskeren presenterte sitt tema, og deltok i dialogen i gruppen.

Dataanalyse

Vi vurderte systematisk tekstkondensering som en velegnet metode for å analysere dataene i dette materialet. Systematisk tekstkondensering er en tverrgående analyse som er godt egnet til å analysere data hvor informasjon fra flere deltakere tolkes og sammenfattes (Malterud, 2017). Analysen ble gjennomført i fire trinn.

I det første trinnet leste vi teksten for å få et helhetsinntrykk. Analysen startet ved at forskerne og fagansvarlige leste gjennom den transkriberte teksten for å danne seg et første inntrykk av materialet, hvor også noen foreløpige temaer trådte fram. I det andre trinnet leste de samme materialet grundig og systematisk, for å identifisere meningsbærende enheter som senere ble organisert i kodegrupper. Tekstdeler ble systematisert ved at de meningsbærende enhetene ble kodet i teksten (Malterud, 2017). Tekstdeler som handlet om det samme ble systematisert i fem overordnede kodegrupper: Å la seg berøre av inntrykket fra pasienten, Å se mennesket i komplekse kliniske situasjoner, Det er dette jeg står i, Å bli presset og overveldet, Å få sette seg ned litt. Hver kodegruppe har tekst med ulike nyanser og ulike meningsaspekter.

I tredje trinnet fortsatte vi analysen for å abstrahere innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene fra kodegruppene til subgrupper, og å utarbeide et kondensat, et kunstig sitat. Det empiriske datamaterialet ble så redusert til et de kontekstualisert utvalg av meningsbærende enheter. Kondensatet ble utviklet ved at vi på ny leste de meningsbærende enhetene under subgruppene, og søkte etter det som vi anså som særlig meningsbærende. Teksten i kondensatet skal ivareta både fellestrekk og variasjoner fra datamaterialet. Kondensatet blir et arbeidsnotat, og et utgangspunkt for å presentere funnene, noe som er det siste leddet i analyseprosessen. Vi utviklet så tema fra hver kodegruppe med utgangspunkt fra kondensatene, og presenterer disse i resultat kapittelet under overskriften Funn (jf. Malterud, 2017). Figur 1 viser et eksempel på de ulike trinnene i analyseprosessen.

Tabell 1. Systematisk tekstkondensering av datamaterialet

Meningsbærende enhet	Kodegrupper	Kondensat	Tema
<i>Det traff meg veldig, dette om å se pasienten. Det er så mye tekniske ting og så mye som skal foregå. Så det å tenke at dette er en person med sin bakgrunnshistorie, sine tanker og egenskaper kan være en stor utfordring. Det er akkurat det du må arbeide aktivt med, det med menneskesynet og å se helheten, det er ikke lett.</i>	Å bli berørt av pasientens uttrykk Å se det unike mennesket Å arbeide aktivt med eget menneskesyn Kompleksiteten i situasjonen	Jeg blir truffet når pasientens behov for å bli sett er tema Jeg erfarer at jeg må arbeide aktivt med mitt menneskesyn, for å se mennesket når behandling og det tekniske er fremtredende.	Å se mennesket er betydningsfullt Å bli berørt av pasienten er betydningsfullt

Etiske vurderinger

Studien følger gjeldende anvisninger for god vitenskapelig praksis i tråd med de etiske prinsippene som er grunnlaget for Helsinkideklarasjonen 1964 (2000) og Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden (2003). Vi har søkt og fått tillatelse for prosjektet fra personvernombudet for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Vest-Norge. Sentrale forskningsetiske retningslinjer er overholdt knyttet til tre hovedprinsipper for etisk forsvarlig forskning. Vi innhentet informert samtykke fra deltakerne, har ivaretatt konfidensialitet, samt beskyttet mot uheldige virkninger av å være med i prosjektet. (Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden, 2003; Kvale & Brinkmann, 2009). Taushetsplikten i gruppen ble uttalt ved oppstart.

Funn

Funnene er beskrevet med utgangspunkt i analysens fire tema: I komplekse kliniske erfaringer blir etikken utfordret, Å skape rom for refleksjon, Å se mennesket er betydningsfullt og Å bli berørt av pasienten.

I komplekse kliniske erfaringer blir etikken utfordret

I funnene fremtrer en undring og spørsmål om man blir mer etisk kompetent eller mindre etisk kompetent av alle erfaringene i arbeidet som helsepersonell? I de aller fleste situasjoner blir pleie og behandling gjennomført på en etisk og god måte. Men i komplekse pasientsituasjoner oppstår også uforutsette situasjoner, hvor man må ta avgjørelser der og da. I slike situasjoner favner ikke prosedyrer eller retningslinjer det som skjer, og man vet heller ikke utfallet av ens avgjørelser. Helsepersonell måtte da stole på sitt faglige skjønn. Et eksempel på en slik erfaring var undersøkelser og behandling av barn. Tiltros for et stort søkelys på å ikke bruke tvang på barn, kan det oppstå situasjoner hvor man må holde barnet for å fullføre behandlingen. Dette er en krevende etisk avgjørelse å ta, og man har behov for å reflektere over erfaringen i etterkant.

I utgangspunktet har helsepersonell en bevisst og høy moral, og har søkt seg til yrket fordi de ønsker å hjelpe mennesker. Men i møte med all lidelse og smerte kan man bli overveldet og utfordret, og erfare at det er grenser for hva man kan ta inn av lidelse og smerte. Årsaker til at deltakerne ikke kunne ta innover seg pasientens lidelse var blant annet mangel på overskudd, tidspress, og mange pasienter i kø. Da oppstår en risiko for å føle at man er blitt kynisk og kald:

Jeg syns kanskje jeg er blitt litt kynisk og kald. Jeg syns at jeg følte mer for den første pårørende som mistet mannen sin, fordi jeg lot meg selv leve meg inn i det. Hvis jeg nå hadde møtt det samme, så hadde jeg stengt det ute. Jeg må skyve det vekk og jeg må forholde meg til mitt. Jeg har ikke overskudd til å synes synd på pårørende slik som jeg gjorde når jeg først begynte her, eller som jeg hadde gjort hvis jeg ikke var helsepersonell.

Travelhet og mange gjøremål påvirker helsepersonells mulighet og evne til å være empatiske. Når tempoet øker, minker mellomrommene til å tenke. Dette påvirker også muligheten til å kjenne etter hva man føler, og til å ta seg inn igjen. Det er en fare for å bli overveldet, men også avstumpet av for mye lidelse. Pasientens problemer kan da oppleves som trivielle. Dette kan resultere i at man går forbi pasienter og ikke orker å møte blikket deres, for å slippe å svare på pasientens appell om hjelp.

Etikk relateres også til organisasjonskultur. Kulturen handler om hva som er akseptabelt og verdsatt i et miljø. Det finns en risiko for at man slutter å stille kritiske spørsmål til hvorfor man gjør det slik her. Man blir blindet. Man blir smittet av kulturen og godtar handlinger man tidligere reagerte på som uetiske. Helsepersonells manglende mulighet til å stille kritiske spørsmål kan og hindre muligheten for å dele erfaringer og kunnskaper.

Å skape rom for refleksjon

Funnene viser et behov for å kunne stoppe opp etter vanskelige erfaringer, etter møter med alvorlig syke voksne og barn, i den kliniske hverdagen. Deltakerne savnet pauser og mellomrom hvor man kunne fortelle om erfaringer og egne reaksjoner. De ønsket mer tid, og en kultur og struktur som gir rom for refleksjon og følelser. *Så det er liksom det at du bare skal takle det, og derfor tenker jeg at du blir mindre etisk kompetent enn mer etisk kompetent fordi du får ikke lov å føle, du skal ikke føle.* Det er for liten tid til å omstille seg fra en krevende situasjon til den neste. *Vi kan stå i kjempetøffe ting og så er situasjonen nesten ikke ferdig før callingen går på nytt, og du er rett i en ny situasjon. Du får liksom ikke noen naturlige pauser. Så vi jages videre ... fra skanse til skanse, ofte.* Etter vanskelige erfaringer er det behov for å dele de med noen i motsetning til å la alt passere. Til tross for ekstra press med flere pasienter, økt belastning og økt tempo, så blir det uttalt at det ikke skal gå utover pasientene. Det er viktig å få sette seg ned litt for å ivareta seg selv, men også for å kunne ta ansvar for pasienten. Tid er nødvendig for å få til gode samtaler og for å lytte til pasientens stemme.

Ifølge deltakerne var veiledning i grupper en god arena for refleksjon og for å dele erfaringer. Gjennom refleksjon ble man mer oppmerksom på egne reaksjoner etter ulike erfaringer. Refleksjonen over erfaringer skjedde også i bilen på vei hjem og på vei ned til garderoben. Fritiden ble også brukt til å dele og reflektere over situasjoner ifra arbeidet. Refleksjon har betydning for å kunne vurdere og evaluere situasjoner, og erkjenne at ut ifra hendelser der og da, så ble det slik. Samtidig må man ha mot til å stille spørsmål, om noe burde vært gjort annerledes. Det handler om å finne en balanse mellom å være ærlig mot seg selv og sunn kritisk tenkning.

Jeg tror det er veldig viktig, å tørre litt selvgranskning og å kunne si at jeg var ikke fornøyd med denne situasjonen i dag. Å være litt bevisst og tenke gjennom for seg selv, er et aktivt valg. Jeg tror kanskje at det viktigste er at man er ærlig med seg selv da. Jeg tror å være litt aktiv kritisk til seg selv uten å gå til grunne, er en veldig sunn holdning.

Å se mennesket er betydningsfullt

Funnene viser at møter med enkelt mennesket er betydningsfullt for etikken. I møtene fremtrer menneskets behov for å bli sett, og det eksistensielle ved å være menneske erfares. Behov for å bli sett fremtrer tydelig i møte med en pasient der helsepersonell må utøve tvangstiltak. En deltaker forteller: *Men det var et øyeblikk som jeg bare kjente satte meg heilt ut. Jeg stod nær hodet til pasienten. Pasienten kikke opp, han lå der og han brølte: Se på meg da, se på meg for faen.* En deltager beskriver et lignende møte med en pasient som trengte både skjerming og isolering:

Å være den som begrenser, syns jeg er kjempevanskelig. Pasienten ville ut av rommet hele tiden, kontinuerlig 24 timer i døgnet. Jeg måtte

forklare i det uendelige at det kunne han ikke. Så sa han: Jeg er et unikt menneske. Jeg er ikke en i rekken ... og jeg forstod så godt hva han mente.

Etikk er å etablere en relasjon til pasienten, og å lytte til appellen fra pasienten og å se mennesket. Når man lytter til pasientens historie, kan man få tak i pasientens ønsker og verdier. Betydningen av å lytte til pasientens stemme er forbundet med å se mennesket. Derfor er det viktig å tenke over eget menneskesyn for å kunne ha et helhetsperspektiv på pasientens erfaringer og opplevelser. Det å se mennesket kan være utfordrende i høyteknologiske sengeposter. Den enkelte har en frihet som uttrykker seg i møtet med den enkelte pasient. *Ja der er mye standardiseringer, det er pakke-forløp og sånn og sånn skal vi gjør det. Men jeg tenker at vi har en enorm frihet i hvordan vi møter det enkelte mennesket.* Etikk er å våge og stille modige spørsmål. De spørsmålene var viktige for å se og å ivareta pasientens stemme. I komplekse kliniske situasjonene var modige og eksistensielle spørsmål: Hva er en verdig avslutning på et liv? Hva er målet med denne behandlingen? Hva er pasientens beste? Hvem skal avgjøre hva som er til det beste? Hva er livskvalitet for denne pasienten?

Å bli berørt av pasienten er betydningsfullt

Funnene viser at det å bli berørt av pasienten og pårørendes situasjon er betydningsfullt for etikken. Et eksempel er samtaler med pasienten og dens pårørende om alvorlig sykdom og behandlingsbegrensning. Varhet, sensitivitet og sanselig tilstedeværelse er viktige egenskaper i møtet med pasienten. En deltaker utdyper et møte med pårørende til en alvorlig syk pasient. Situasjonen krevde både kunnskaper, vilje til å bruke seg selv og til å involvere seg:

Pårørende sa: Nei det går fint, jeg trenger ingenting jeg. Men jeg så at det ikke var fint i det hele tatt. For å få kontakt måtte jeg bruke varhet og sensitivitet. Jeg brukte alt jeg hadde for å gi pårørende den beste støtten. Samtidig som jeg gjorde så godt jeg kunne, hadde jeg en følelse av utilstrekkelighet Men var det godt nok, det får vi aldri få svar på. Du er i et farvann der du bare må sanse, og så må du gjøre det du tror er det beste.

I noen øyeblikk sammen med pasienten kan helsepersonell erfare noe som gir ny innsikt. Slike øyeblikk bestod av en konsentrert tilstedeværelse. Tilstedeværelsen er preget av et stille nærvær, ro og trygghet, hvor man lytter til pasienten. I en slik situasjon ser helsepersonell pasientens lidelse, formidler trygghet og håp om at pasienten vil få pleie og behandling. Håpet ga fremgang og endring mot en tilhelingsprosess hos pasienten. I et slikt møte med en pasient løsner noe mellom helsepersonell og pasienten. *Det har noe med nærvær å gjøre. Man lytter liksom*

mer innenfra ... og den roen jeg fikk ved å tenke at du må bare lytte, være stille, så skjønner du hvordan folk har det.

Å la seg berøres av pasientens lidelse har sammenheng med å se pasienten som et unikt menneske. Å kunne romme mennesket, den engstelige pasienten, samtidig som man møter hele mennesket er viktig for å bevare pasientens verdighet. *På et eller annet tidspunkt i samtalen så skjønnte jeg, eller det gikk virkelig opp for meg hvor mye han sliter ... plutselig kjente jeg lidelsen hans, jeg tok den liksom inn ... det var bare den smerten jeg plutselig kjente.*

Når du får brukt litt ekstra tid og kan gjøre det lille ekstra for pasienten eller har en god samtale, da er det lett å gå hjem med en god følelse. I de øyeblikkene blir du påminnet om hvorfor man valgte å arbeide som helsepersonell.

Det er viktig at vi får de stundene i arbeidet og da husker vi det etter jobben. En husker ikke bare travelheten, og at en ikke har rukket alt. Men jeg husker at en har gjort noe godt, og det skal rekke til. Og der får kanskje etikken vokse. At en vet at slik er egentlig jeg og slik skal jeg kunne være.

Diskusjon

I funnene fremtrer møtet med pasient og pårørende som særlig betydningsfullt, og en grunn for å utvikle etisk sensitivitet og for å opprettholde etisk kompetanse. I møtet med det lidende mennesket er det ikke mulig å være nøytral. I disse møtene må helsepersonell forholde seg til at noe grunnleggende menneskelig, noe eksistensielt er på ferde (Kjær, 2013). Møtet vurderes derfor som å ha i seg ha en iboende etikk. Når pasienten blir møtt og sett, og helsepersonell blir engasjert og berørt, kan livsbærende møter oppstå. I denne studien fremtrer slike livsbærende møter synlig i sensitivitet, tilstedeværelse, kunnskaper og vilje til å bruke seg selv. Menneskene skaper da et fellesskap i et livsbærende møte, hvor den andre blir genuin for en i øyeblikket og blir et menneske som angår en (Bjerga, 2020).

Deltakerne reflekterte over eksistensielle øyeblikk i sine møter med pasientene. I møtet kan det eksistensielle i det å være menneske erfares av både pasient og helsepersonell. I funnene formidler deltakerne pasientenes behov for å bli sett, møtt og lyttet til. Ifølge jf. Thorup et al. (2012) er slike øyeblikk preget av ro, varhet og å kunne lytte til og romme pasienten. I disse øyeblikkene fremtrådte en undring og væren, hvor deltakerne hadde følelsen av å erfare noe universelt, både glede, smerte og lidelse. Noen innsikter må man `leve` seg til, skriver Hansen (2022). Det kan skje når man er til stede i seg selv, og står midt i det man vil forstå. Man erfarer en dyp undring, man er lysvåken og lyttende i kontakt med både det uforklarlige og gåtefulle, men også i en konkret tilstedeværelse av noe betydningsfullt og meningsbærende som treffer både vårt hjerte og tanke (Hansen, 2022). I slike øyeblikk, i nærværet av det eksistensielle, nær menneskets lidelse og sårbarhet, er

man også nær seg selv og egen sårbarhet (Storaker et al., 2017). Gjenkjennelse kan gi økt tilgjengelighet og en utvidet forståelse av en selv, noe som også har betydning for å utvikle etisk kompetanse (Kulju et al. 2016; Jormsri et al., 2005). Weaver et al. (2008) framhever at nettopp i møtet med menneskets lidelse og sårbarhet kan etisk sensitivitet utvikle seg og vise seg som evne til å ta avgjørelser, være modig og utvikle medfølelse. Ethos som menneskets indre etikk gjenspeiler menneskets verdier synlig i en holdning, vilje til å ta ansvar og å søke å gjøre det gode. Ethos er en klangbunn i mennesket som aktiveres i møtet med den andre, nært forbundet med å utvikle etisk sensitivitet og etisk kompetanse (jf. Eriksson, 2009). Etisk kompetanse handler om å utvikle noen egenskaper, sitt ethos, og å integrere en dypere innsikt i ens personlighet som får betydning for hvordan man utøver sin profesjon. Å opprettholde etisk kompetanse er nært forbundet med å vokse som et etisk tenkende menneske, en modning og en personlig utvikling, ifølge Koskinen (2020).

Funnene viser at i møtene mellom helsepersonell og pasienten strekker helsepersonell seg for å gjøre det gode, lindre lidelse og behandle sykdom. Å søke å gjøre det gode viser seg i handling, når man gjør det beste man kan, når man berøres av den andre sin lidelse og ved å stille modige spørsmål. Samtidig viser funnene at deltakerne uttrykker en bekymring for å bli utmattet, overveldet, men også avstumpet i møte med all lidelse og sykdom. Helsepersonell arbeider i en spenning med komplekse pasient situasjoner, i et system, og i en organisasjon preget av travelhet og gjøremål. En deltaker stilte et relevant og tankevekkende spørsmål som uttrykker dette: Blir man mer etisk kompetent eller mindre etisk kompetent av alle erfaringene i arbeidet som helsepersonell? Man arbeider i et spenningsfelt og *noe* står på spill. Nåden et al. (2018) løfter fram at omsorgens kår og grunnleggende verdier er presset og utfordret, og at det kan føre til en utvikling av en mer individ sentrert humanisme og økt selvsentrering. Når man ikke kan gjøre det som man innerst inne vet er rett og godt skader man sin moralske integritet eller sitt indre ethos. I profesjonsyrker kan dette langsomt bryte ned den moralske integriteten hos den profesjonelle og man står i fare for å miste noe av seg selv, og å stenge av for egen og andres psykiske velbefinnende som utsetter helsepersonell for moralsk stress (Storaker et. al, 2017; Førde & Aasland Gjerløw, 2013).

I funnene framtrer at helsepersonell er i komplekse pasientsituasjoner. Avgjørelser må tas der og da, og utfallet av ens avgjørelser kan være uoversiktlige. I slike komplekse erfaringer både anvender og utvikler helsepersonell faglig skjønn som fordrer en moralsk handlingsfrihet. Utvikling av moralsk handlingsfrihet kan fremme en etisk bevissthet som har betydning for vilje og evne til å gjenkjenne den iboende etikk i møtet mellom helsepersonell og pasient, hevder Milliken og Grace (2017). Faglig skjønn fordrer en frihet, og samtidig som frihet erfares i møtet, kan også en indre frihet utvikles i møtet og styrke og utvikle egen autonomi i profesjonsutøvelsen. Dypest sett er denne indre friheten i seg selv, også friheten til

å se den andre, se mennesket i pasientrollen (Bjerga, 2020). Frihet til å møte den enkelte pasient løftes også fram i funnene som en enorm, personlig frihet.

Behovet for tid og rom til refleksjon etter vanskelige erfaringer fremtrer tydelig i funnene. Mangel på refleksjon gikk ut over selvsomsorg, men også mulighet for egen utvikling. Det påvirket også muligheten til å få tenke seg om, før en gjør valg og handler, for å ivareta pasienten i et helhetsperspektiv. Pauser, eller det Martinsen (2021) beskriver som mellomøyeblikk, er en måte å stoppe opp på etter krevende erfaringer. Slike øyeblikk gir rom for både nytenkning og erindring. Det er en pause som gir rom for hvile, og er legende for mennesket. I funnene fremtrer at mangel på tid og mulighet til refleksjon kunne føre til at kritiske spørsmål stilner, og at man i mindre grad delte erfaringer og kunnskaper. For lite tid og rom til å lytte til egen stemme vil ha sammenheng med å kunne lytte til pasientens stemme. I funnene uttrykker deltakerne sin bekymring for at de ikke maktet å møte pasienten, og for at de blir mindre empatiske (Storaker et al, 2017). Ifølge Ekebergh og Lindberg (2020) er ekte møter, følsomhet overfor pasientens fortellinger og omsorg i klinisk praksis tre avgjørende komponenter for å implementere strategier i praksis som støtter og styrker reflektert læring og reflektert omsorg. Slik at møtene mellom helsepersonell og pasient er betydningsfulle for å utvikle moralsk sensitivitet, og for faglig og personlig danning som fremmer og opprettholder etisk kompetanse (Førde & Aasland Gjerløw, 2013; Milliken & Grace, 2017; Ekebergh og Lindberg, 2020).

I funnene etterspør deltakerne en struktur og en kultur hvor faglige diskusjoner og refleksjoner er satt i system. Verdien av dette understøttes av studier som viser at mangel på refleksjon kan gi økt eksponering for moralsk stress, og at en utvikling i etisk bevissthet fordrer støtte fra den organisasjonen man arbeider i (Milliken & Grace, 2017). Studier viser også at det er behov for å legge til rette for at helsepersonell tilegner seg etisk kunnskap, både teoretisk og erfaringskunnskaper (Johnstone, 2015; Kulju et al., 2016). Helsepersonell har generelt gode erfaringer med å reflektere sammen. Refleksjonen kan gi flere perspektiver i en situasjon, men bidrar også til å kunne akseptere at i denne situasjonen ble det slik. Tid til og struktur som legger til refleksjon avlaster også fritiden som ble brukt til refleksjon over situasjoner, og kan bidra til å forebygge moralsk stress (-Bruland Vråle et al. 2017; Grace et al. 2014).

Konklusjon og implikasjon

Det betydningsfulle og mest utfordrende for helsepersonell er å levere bærekraftig og helhetlig omsorg til pasienter. Dagens helsevesen står også overfor store krav om å skape bærekraftige arbeidsmiljøer for helsepersonell (Ekebergh & Lindberg, 2020). Et bærekraftig helsevesen har sammenheng med praksiser, hvor man fremmer og opprettholder etisk kompetanse, og har omsorg for det enkelte mennesket. I en etisk praksis er det rom, struktur og kultur for refleksjon slik at

menneskene som arbeider der er i en pågående forståelse – og dannelsesprosess. Ved å legge til rette for refleksjon over de betydningsfulle erfaringene i møte med den enkelte pasient kan etisk sensitivitet og etisk kompetanse fremmes og opprettholdes. Dette kan styrke helsepersonell i å arbeide i et spenningsfelt, som fremmer faglig skjønn og styrker det moralske ansvaret, og gir helsepersonell et friere handlingsrom. Dette gir helsepersonell muligheter til arbeide slik at både deres og pasientens integritet og verdighet vektlegges og ivaretas.

Takk:

Forfatterne takker de helsepersonell som deltok i studien med unike og viktige fortellinger og refleksjoner.

Erklæring om motstridende interesser: Forfatteren(e) erklærer at der ikke er potensielle interessekonflikter med hensyn til forskning, forfatterskap og/eller publisering av denne artikkel.

Finansiering: Forfatteren(e) mottok ingen økonomisk støtte for forskning, forfatterskap og/eller publisering av denne artikkelen.

Litteratur

- Alvsvåg, H. (2013). Innsiktbasert profesjonell praksis bør erstatte kunnskapsbasert praksis. I Alvsvåg, H., Å. Bergland, Å. & O. Førland, O (Red.). *Nødvendige omveier. En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70 -års dag*. Cappelen Damm.
- Bjerga, G. H. (2020). *Danningens vesen i møtet med det lidende mennesket*. Akademisk avhandling. Åbo Akademis förlag.
- Bruland Vråle, G., Borge, L. & Nedberg, K. (2017). Etisk refleksjon og bevisstgjøring i veiledning. *Sykepleien forskning*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61626>
- Carpenter, C., Ericksen, J., Purves, B. & Hill, S.D. (2004). Evaluation of the perceived impact of an interdisciplinary healthcare ethics course on clinical practice. *Learning in Health and Social Care* 3(4), 223–36. <https://doi.org/10.1111/j.1473-6861.2004.00077.x>
- Ekebergh, M. & Lindbergh, E. (2020). The interaction between learning and caring - the patient's narrative as a foundation for lifeworld-led reflection in learning and caring. *Reflective Practice* 21(4), 552–564. <https://doi.org/10.1080/14623943.2020.1783223>
- Eriksson, K. (2009). Evidens – det sanna, det sköna, det goda och det eviga. I Eriksson, K. & Martinsen, K. (Red.), *Å se og å innse* (s.35–76). Akribe AS.
- Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden (2003). https://ssn-norden.dk/wp-content/uploads/2020/05/ssns_etiske_retningslinjer_0-003.pdf

- Førde, R. & Aasland Gjerløw, O. (2013). Moralsk stress og faglig yringsfrihet blant leger. *Den Norske Legeforening* 133(13), 10–14.
- Grace, J.P., Robinson, M.E., Jurchak, M., Zollfrank, A.A. & Lee, S.M. (2014). Clinical Ethics Residency for Nurses. An Education Model to Decrease Moral Distress and Strengthen Nurse Retention in Acute Care. *The Journal of Nursing Administration* 44(12), 640–646.
<https://10.1097/NNA.000000000000141>
- Hansen, F. T. (2022). Att skrive seg ut mot det gådefulde via undringens fire verdenshjørner. I Herholdt-Lomholdt, S.M. (Red.). *Fenomenologi. Å leve, samtale og skrive ut mot det gåtefulle i tilværelsen.* (s. 55–87). Fagbokforlaget.
- Helsinkideklarasjonen 1964 (2000).
<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Johnstone, J.M. (2015). Moral competence in nursing. *Australian Nursing and Midwifery Journal* 22(10), 33.
- Jormsri, P., Kunaviktikul, W., Ketefian, S. & Chaowalit, A. (2005). Moral competence in nursing practice. *Nursing Ethics* 12(6), 582–92.
<https://doi.org/10.1191/0969733005ne828oa>
- Nyholm, L., Koskinen, C. & Nyström, L. (2015). Hemeneutisk samskapande genom dialog. I L. Nyström, C. Koskinen & Y.Näsman (Red) *Hermeneutisk forskningspraxis.* (s. 69-77) Åbo Akademi.
- Kjær T. A. (2013). Hvordan vi er og bør være sammen som mennesker. træk af Kari Martinsens Løgstrup-læsning. I Alvsvåg, H., Bergland Å., og Førland, O. (red.) *Nødvendige omveier, En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag.* Cappelen Damm.
- Koskinen, C. (2020). Etisk kompetens, I Rehnsfeldt, A. & Arman, M. (Red.). *Klinisk vårdvetenskap: vårdande på teoretisk grund.* (s 28–43) Liber förlag.
- Koskinen, C., Kaldestad, K., Rossavik, B. D., Ree Jensen, A. & Bjerga, G. H. (2021). Multi-professional ethical competence in healthcare – an ethical practice model. *Nursing Ethics* 29(4), 1003–1013.
<https://doi.org/10.1177/09697330211062986>
- Kulju, K., Stolt, M., Suhonen, R. & Leino-Kilpi, H. (2016). Ethical competence: A concept analysis. *Nursing Ethics* 23(4), 401–412.
<https://doi.org/10.1177/0969733014567025>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Introduktion til et håndværk.* Hans Reitzels forlag.
- Lindholm, L. (2003). Klinisk applikationsforskning – en forskningsapproach för vårdvetenskapens tillägnande. I Eriksson, K. & Lindström, U.Å. (Red.) *Gryning II. Klinisk vårdvetenskap* (s.69–85). Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.
- Malterud K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag.* 4. utg. Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2021). Mellomøyeblikk og fiktive rom. I *Langsomme pulsslæg.* Bergen, Fagbokforlaget.

- Milliken, A. & Grace, P. (2016). Nurse ethical awareness: Understanding the nature of everyday practice. *Nursing Ethics* 24 (5), 517–524.
<https://doi.org/10.1177/0969733015615172>
- Nåden, D., Foss, B. & Sæteren, B. (2018). Omsorgens betydning og uttrykk i klassisk tekst. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 4(3), 241–251.
<https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-06>
- Robinson, E.M., Lee, S.M., Zollfrank, A., Jurchak, M., Frost, D. & Grace, P. (2014). Enhancing Moral Agency: Clinical Ethics Residency for Nurses. I *Hastings Center Report* 44(5), 12–20. <https://doi.org/10.1002/hast.353>
- Storaker, A., Nåden, D. & Sæteren, B. (2017). From painful busyness to emotional immunization: Nurses' experiences of ethical challenges. *Nursings ethics*, 24(5), 556–568.
<https://doi.org/10.1177/0969733015620938>
- Thorup, C.B., Rundquist, E., Roberts, C. & Delmar, C. (2012). Care as a matter of courage: vulnerability, suffering and ethical formation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26, 427–435.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00944.x>
- Weaver, K., Morse, J. & Mitcham, C. (2008). Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 62(5), 607–618.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04625.x>