

Refleksjonsgrupper i etikk: «Pusterom» eller læringsarena?

Siri Tønnessen¹, Lillian Lillemoen², og Elisabeth Gjerberg³

¹Institutt for sykepleievitenskap, Campus Vestfold, Høgskolen i Sørøst-Norge, siri.tonnessen@hbv.no

²Senter for medisinsk etikk, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, UiO, lillian.lillemoen@medisin.uio.no

³Senter for medisinsk etikk, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, UiO, elisabeth.gjerberg@medisin.uio.no

DOI: <http://dx.doi.org/10.5324/eip.v10i1.1844>



This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Siden 2007 har HOD og KS satset store ressurser på prosjektet «Samarbeid om etisk kompetanseheving» i kommunale helse- og omsorgstjenester. Hensikten med prosjektet har vært å heve de ansattes etiske kompetanse, og ett av de iverksatte tiltakene har vært å etablere refleksjonsgrupper i etikk. Denne artikkelen er basert på en evaluering av arbeidet i refleksjonsgruppene med fokus på hvordan etikkveilederen, også kalt fasilitator, beskriver arbeidet i gruppene. Hensikten med studien var å utvikle kunnskap om hvordan arbeidet med etikkrefleksjon foregår, samt å diskutere om måten det arbeides på kan forventes å bidra til etisk kompetanseheving blant gruppemedlemmene. Vinteren 2012 gjennomførte vi fokusgruppeintervju i åtte kommuner med ansatte fra ulike deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vi gjennomførte ett intervju i hver kommune, med til sammen 33 personer. Data ble analysert og fortolket i tråd med hermeneutisk metode. Resultatene viser at de i refleksjonsgruppene diskuterer alt fra verdier, begreper, fiktive caser og dilemmaer til vanskelige situasjoner fra egen praksis. Refleksjonsmetodene varierer i spennet fra fri diskusjon til en strukturert samtale. Fasilitatorenes helsefaglige grunnutdanning og kunnskap om etikk og refleksjon ser ut til å være avgjørende faktorer for om refleksjonsgrupper i etikk først og fremst fungerer som et pusterom, eller om de blir en læringsarena for etisk kompetanseheving. Resultatene diskuteres i lys av lærings- og refleksjonsteori.

Nøkkelord: Etikk, evaluering, fasilitatorer, kommunehelsetjenesten, læring, refleksjonsgrupper

English Summary: Ethics reflection groups: Just a “time out” or a learning arena?

Since 2007, there has been a nationally prioritised programme aiming to enhance ethics competence in Norwegian community health care. One of many measures has been to establish ethics reflection groups. The purpose of this study was to

obtain knowledge about how ethics reflection is carried out and if the reflection strengthens the participants' competence in ethics. In this article, we focus on how the role of the facilitator, and the objective is to describe and discuss how the facilitator work and facilitate in the groups. We conducted focus group interviews with facilitators from various clinical settings in eight different municipalities. Data were analysed and interpreted according to hermeneutic methodology. The findings show that the discussions in the reflection groups varied from values, concepts and fictional cases to dilemmas and ethically difficult situations from the participants own practice. The methods used varied from free conversation to structured reflection. Competence in ethics and methods of reflection are essential skills facilitators must employ/have to run the groups. We discuss the findings using learning- and reflection theory.

Keywords: Community health services, Ethics, evaluation, facilitator role, learning, reflection groups.

Introduksjon

“Samarbeid om etisk kompetanseheving” er et prosjekt i regi av kommunesektorens arbeidsgiver- og interesseorganisasjon (KS) i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), arbeidstakerorganisasjonene i helse- og omsorgstjenesten og Helsedirektoratet. Prosjektet startet i 2007 og avsluttes i 2015. Formålet med prosjektet er å styrke kvaliteten på ytelser som pasienter mottar i helse- og omsorgstjenester gjennom å heve de ansattes kompetanse i etikk.

I 2011 ble Senter for medisinsk etikk, UIO, bedt av HOD om å evaluere dette nasjonale prosjektet. Evalueringen skulle kartlegge hvilke tiltak som var igangsatt på ulike tjenestesteder, blant hvilke ansatte de var igangsatt og hvor levedyktige tiltakene var. Første del av evalueringsstudien viste at flertallet av kommunene som var med fra starten hadde igangsatt ulike former for etikkarbeid, men at det var stor variasjon både med tanke på forankring i kommunen, organisering og hvorvidt etikkarbeidet hadde vært levedyktig over tid (Gjerberg et al. 2014). Ett sentralt prosjekttiltak har vært å etablere refleksjonsgrupper i etikk som ledes av en eller flere ressurspersoner, også betegnet som etikkveiledere eller fasilitatorer. Evalueringsstudien (Gjerberg et al. 2014) avdekket imidlertid behov for mer kunnskap om hvordan gruppene konkret arbeider med etikkrefleksjon. Det ble derfor bestemt å undersøke nærmere hvordan fasilitatorer beskriver at det arbeides med etikkrefleksjon i gruppene. En kvalitativ studie ble designet med følgende problemstillinger som belyses i denne artikkelen:

1. Hva snakker de om i refleksjonsgruppene, dreier samtalen seg om overordnede tema eller konkrete problemstillinger?
2. Hvordan snakker de om etiske utfordringer, anvendes spesielle metoder for refleksjon?
3. Hva er viktig for fasilitatorene når de skal lede etikkrefleksjonen?

Hensikten med studien var å utvikle kunnskap om hvordan gruppene konkret arbeider med etikkrefleksjon, for deretter å belyse om måten etikkrefleksjonen foregår på kan forventes å bidra til etisk kompetanseheving blant

gruppemedlemmene. I diskusjonen anvendes teorier om refleksjon og læring som ressurs.

Bakgrunn

Prosjektet om etisk kompetanseheving ble initiert på bakgrunn av en erkjennelse av kvalitetsutfordringer i kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet 2006; Sosialdepartementet 2003; Statens helsetilsyn 2003; 2005). Kvalitetsutfordringene henger blant annet sammen med at pleie- og omsorgstjenestene gjennom lengre tid har hatt vanskelig for å rekruttere kvalifisert personale (Helsetilsynet 2011). Andelen av ufaglært helsepersonell i pleie- og omsorgstjenestene var i 2013 ca. 26 %, men det er stor variasjon mellom kommunene (Statistisk sentralbyrå 2014). Flere studier viser at bemanningen er for lav i forhold til oppgavene som skal løses, og at ansatte i pleie- og omsorgstjenesten ofte opplever etiske utfordringer i arbeidet (Fjelltnun et al. 2009; Førde et al. 2006; Gautun & Bratt 2014; Tønnessen 2011; Vike & Haukelien 2007). Utfordringene dreier seg i hovedsak om prioritering mellom/av oppgaver, uforsvarlig pleie og omsorg, bruk av tvang og utfordringer knyttet til livets avslutning (Gautun & Bratt 2014; Gjerberg et al. 2010; Solum et al. 2008; Tønnessen & Nortvedt 2012). Dårlig håndtering av etiske dilemmaer kan føre til moralsk frustrasjon og utbrenthet (Kalvemark et al. 2004; McCarthy & Deady 2008). Studier viser at opplevelse av etiske utfordringer gir behov for et systematisk tilbud om støtte og etikkrefleksjon (Bollig et al. 2009; Lillemoen & Pedersen 2013; Söderhamn et al. 2014). Det er derfor forventet at et initiativ som etablering av møteplasser for etikkrefleksjon vil svare på ansattes behov for støtte i etisk utfordrende situasjoner, samt bidra til etisk kompetanseutvikling og bedre håndtering av etiske problemer i arbeidshverdagen.

Tilbud om systematisk etikkrefleksjon har blitt etablert på sykehus i flere land, blant annet gjennom kliniske etikk-komiteer og moral case deliberation (Dauwerse et al. 2014; Førde & Vandvik 2005; Molewijk et al. 2008; Svantesson et al. 2014). Studier viser at slike tiltak fører til bedret kommunikasjon, stimulerer til ferdigheter i kritisk tenkning og øker den enkeltes etiske kompetanse (Kalager et al. 2011; Weidema et al. 2013). I pleie- og omsorgstjenesten viser studier at refleksjon bidrar til en økt forståelse for andres perspektiv, fremmer uformell kommunikasjon om etiske spørsmål og hjelper deltagerne med å finne flere og bedre løsninger (Lillemoen & Børslett 2010; Söderhamn et al. 2014; van der Dam et al. 2013). Den som leder etikkrefleksjonen beskrives å ha en nøkkelrolle i refleksjonsgruppene (Söderhamn et al. 2014).

Å fasilitere etikkrefleksjon

Kritisk refleksjon og etikkrefleksjon

Argyris og Schön (1974) skiller mellom theory-of-action og theory-in-use. Teorier *om* handling er teorier mennesker gir sin tilslutning til når de blir spurt, mens bruksteorier er de teorier som *virkelig* styrer handlingene. For å identifisere bruksteoriene er det derfor ikke alltid nok å spørre hvilke teorier personen gir sin tilslutning til (Argyris & Schön 1974; 7). Mange bruksteorier er ubevisste, og dersom teoriene er uhensiktsmessige kan de være et hinder for en god faglig og etisk

måte å håndtere situasjonen på. Lauvås & Handals (2000) teori om praktisk yrkesteori peker på tre dimensjoner som er til stede i utøverens praksis: 1) handlingen i en konkret situasjon; 2) utøverens begrunnelser for handlingen; 3) uttrykte verdier og idealer. Det er i begrunnelsen for den *konkrete* handlingen, samt i handlingens uttrykte verdier, at yrkesutøveren blir bevisst sine bruksteorier. Derfor må det være et mål at yrkesutøvere i helse- og omsorgssektoren gis mulighet for kritisk refleksjon, en refleksjonsprosess hvor en søker etter de teorier som ligger til grunn for valg av handling i konkrete situasjoner. Kritisk refleksjon forstås som en bearbeiding av kliniske erfaringer som åpner opp for læring og faglig utvikling (Wiessner & Mezirow 2000). I refleksjonen bringes erfaringer, faglig kunnskap, kunnskap om verdier, følelser og holdninger sammen i en tankeprosess.

Men hva er etikkrefleksjon til forskjell fra kritisk refleksjon? Vårt svar er at det er flere likheter enn forskjeller. Den vesentligste forskjellen er at fokuset i etikkrefleksjonen er på verdier, verdispørsmål og verdivalg. Men også i etikkrefleksjonen er det hensiktsmessig å ta utgangspunkt i det konkrete og stimulere en tankeprosess hvor både faglig kunnskap, kunnskap om verdier, følelser og holdninger inngår.

I stedet for å forstå kunnskap og kompetanse som en form for statisk tilstand, noe man har eller ikke har, kan læring bedre forstås som en bevegelig *kunnskapende prosess* (Molander 1990). Argyris og Schön (1974) betegner kunnskap og kompetanse preget av *å gjøre mer av det samme* – til tross for større sikkerhet og raskere utøvelse – som single-loop læring. Motsatsen, en kunnskapende prosess, betegner de som double-loop læring. Dette er prosessen hvor bruksteorier bevisstgjøres og om nødvendig forandres. KS-prosjektets formål – etisk kompetanseheving hos ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten – fordrer slik bevisstgjøring.

En refleksjonsprosess som hjelper yrkesutøveren til å bli bevisst de begrunnelsene hun eller han har for sine handlinger, forutsetter imidlertid tid og rom fristilt fra den daglige handlingstvingen (Mezirow 2000). Dersom også yrkesutøverens vilje til forandring er til stede, vil et miljø preget av tillit og støtte i læringsprosessen ha positiv betydning for yrkesutøverens etiske utvikling og kompetanse.

Fasilitering av etikkrefleksjon

Etikkrefleksjon, enten det foregår i kliniske etikk-komiteer eller i refleksjonsgrupper på den enkelte arbeidsplass, ledes ofte av én til to personer, ofte kalt fasilitatorer. Begrepet *å fasilitere* betyr å gjøre noe lettere, dvs. å få refleksjonsprosessen til gå lettere. Begrepet fasilitator brukes innen ulike områder, for eksempel innen evidensbasert kunnskap (Harvey et al. 2002), klinisk undervisning (Lambert & Glacken, 2005), kvalitetsforbedring (Nagykaldi et al. 2005) og etikkrefleksjon (Stolper et al. 2015; Molewijk et al. 2008). Begrepet har vært brukt noe forskjellig (Burrows 1997), men flere ser det å fasilitere som en bevisst, dynamisk prosess som muliggjør endring (Gjerberg & Amble, 2011). I følge Burrows (1997) kjennetegnes det å fasilitere ved 1) genuin, gjensidig respekt, betinget av at fasilitator er i stand til å etablere et læringsmiljø der deltakerne kan dele erfaringer, tanker og følelser, 2) utvikling av et læringsfellesskap basert på medvirkningsbasert læring, 3) en proaktiv, målorientert prosess der fasilitator oppmuntrer deltakerne til å gå inn i situasjoner som drøftes, og 4) bruk av kritisk refleksjon.

Fasilitator må evne å skape et trygt læringsmiljø der deltakerne tør å legge fram sine erfaringer som utgangspunkt for en refleksiv samtale i gruppen. En god balanse av støtte og utfordring er viktig for å stimulere til trygghet og læring. Fasilitator oppfordrer deltakerne til å stille spørsmål, men kan også gi uttrykk for egne tanker og erfaringskunnskap. Fasilitators fokus må imidlertid være på deltakernes læring, og de ulike innspill må balanseres slik at ingen deltakere blir spesielt fremhevet eller får lov til å dominere drøftingen.

Den som blir valgt til fasilitator bør ha legitimitet og tillit i organisasjonen, men har også en såkalt «grenseregulerende» funksjon (Sørhaug 1996; Wenger 1998) for eksempel ved å bringe saker som ikke kan løses i refleksjonsgruppen videre til andre instanser, organisasjonens ledelse eller kanskje også en klinisk etikk-komité.

Metoder for refleksjon

Det er utviklet flere metoder som har som formål å stimulere og systematisere etikkrefleksjon. Aadlands etiske refleksjonsmodell (Aadland 2006), dilemmametoden (Molewijk et al. 2008) og SME¹-metoden (Ruyter et al. 2014) er eksempler på metoder som bidrar til å belyse etisk relevante fakta og berørte parter syn på saken som drøftes. I KS-prosjektets etikkhåndbok (Eide & Aadland 2008) presenteres det i tillegg noen ideer til enkle lavterskeltiltak for å håndtere etiske problemstillinger. Lavterskeltiltakene presenteres som enkle å ta i bruk og som tid- og ressurseffektive.

I tillegg har mange gjennom deltakelse i KS-prosjektet blitt presentert for den såkalte *fishbowl-metoden*; en styrt samtale der deltakerne som sitter i ring får ordet på omgang og det den ene sier gir grunnlag for neste persons uttrykte tanke (Söderhamn et al. 2014). Med fishbowl-metoden starter prosessen med at en person uttaler seg om et etisk problem samtidig som han eller hun ser på personen som sitter ved siden av seg. Denne responderer med å si: «Når du sier ..., tenker jeg ...», mens han eller hun snur seg mot den neste i ringen og fullfører tanken som vokser fram av den første personens uttalelse. Etter dette mønsteret føres samtalen videre i ringen. Fishbowl-metoden betegnes som en kommunikasjonsmetode som både er en lytteøvelse og en teknikk for hypotesedannelse (Söderhamn et al. 2014).

Metode og materiale

I tråd med studiens hensikt ble det valgt kvalitativt design og strategisk utvalg av kommuner (Denzin & Lincoln 2005; Patton 2002). Høsten 2012 tok førsteforfatter kontakt med åtte av de 35 kommunene som var med i den første evalueringen. Kommunene ble valgt ut med bakgrunn i at de: a) så ut til å ha brukt betydelige ressurser på etisk kompetanseheving, men det var usikkert om tjenestestedene fortsatt drev med etikkrefleksjon, eller b) så ut til å ha satset mindre ressurser, samtidig som de rapporterte at de hadde et aktivt arbeid i etikk. Kommunene gav positiv respons, og det ble gjennom den kommunale kontaktpersonen for etisk kompetanseheving avtalt tid og sted for intervju med personer som var oppnevnt/utvalgt som etikkfasilitatorer. Kontaktpersonene fikk tilsendt informasjonsskriv og samtykkeerklæring og rekrutterte informanter. Kriterier for utvelgelse av informantene var at de skulle være fasilitatorer og drive refleksjonsgrupper i etikk.

Det ble gjennomført syv fokusgruppeintervjuer og ett individuelt intervju. Intervjudeltakerne var fra ulike tjenestesteder i de enkelte kommunene, herunder

hjemmesykepleien, sykehjem, bofellesskap for funksjonshemmede, tildelingskontor og legevakt. Det var fra tre til seks informanter i fokusgruppene, og til sammen ble 33 personer intervjuet. I en kommune var det en og samme person som drev alle gruppene, og denne ble intervjuet alene. Intervjudeltagerne var sykepleiere (n:27), hjelpepleiere/omsorgsarbeidere (n:5) og legesekretær/hjemmehjelpskoordinator (n:2). Av de 27 sykepleierne hadde fem videreutdanning i etikk, én i veiledningspedagogikk, én i palliasjon, samt at et uklart antall hadde helse- og sosialledelse. Den enkeltes arbeidserfaring i kommunen varierte fra 2 til 30 år. Intervjuene varte fra 45 til 90 minutter. Fokus i intervjuene var å få frem hvordan gruppene arbeider med etikkrefleksjon. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert relativt raskt etterpå.

Analyse

Datamaterialet ble analysert og fortolket i tråd med hermeneutisk metode (Kvale 1996). Prosessen startet med å analysere frem tema i forhold til studiens hensikt, som var å utvikle kunnskap om hvordan det arbeides med etikkrefleksjon i gruppene. Ved første gjennomlesning av intervjuene ble aktuelle sitater markert i teksten og tema/undertema notert i marginen. Videre ble det laget en oppsummering av hvert intervju strukturert etter studiens tre problemstillinger nevnt innledningsvis. Deretter laget førsteforfatter en sammenstilling av tema på tvers av alle intervjuene, systematisert i forhold til hvordan det arbeides med etikkrefleksjon i gruppene og hva informantene synes er viktig når de leder grupper. For å kvalitetssikre funnene i forhold til hvordan gruppene arbeider og ledes gikk førsteforfatter tilbake til intervjuene og stilte følgende spørsmål til teksten:

1. Hva snakker de om i refleksjonsgruppene?
2. Hvordan snakker de om det?
3. Hva er viktig for fasilitatorene når de skal lede gruppene?

Kategoriene som ble analysert fram og som presenteres i denne artikkelen er:

- a. Etikkrefleksjon i spennet mellom generelle verdiord og erfarte dilemma fra egen praksis
- b. Etikkrefleksjon i spennet mellom fri og strukturert samtale
- c. Opplæring og kompetanse

Kvale understreker at det ikke bare finnes en riktig tolkning av tekst, men mange ulike fortolkninger avhengig av hvilke spørsmål en stiller til teksten (Kvale 1996). Det avgjørende for kvalitative studiers troverdighet er at forskeren beskriver hvilke spørsmål en har stilt til teksten og hvordan en har gjennomført analysen. Resultatene utgjør studiens funn i tråd med Kvales første tolkningsnivå, context of self-understanding, der forskeren formulerer i konsentrert form de intervjuedes selvforståelse, slik han eller hun ser det (Kvale 1996; 213-217). Den videre fortolkning av resultatene innebærer å utvide perspektivet ved å stille kritiske spørsmål til datamaterialet. Dette omfatter både common-sense og teoretisk tolkning av materialet, og blir presentert i diskusjonsdelen.

Etiske overveielser

Informantene har underskrevet skriftlig informert samtykke. De er gjort kjent med at det er frivillig å delta og at de kan trekke seg når som helst. Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Styrke og svakhet

I løpet av fokusgruppeintervjuene viste det seg at informantene i ett intervju var utpekt til å være fasilitatorer, men aldri hadde kommet i gang med egne grupper. Det innebærer at disse informantene, til sammen seks sykepleiere, ikke tilfredsstillende inkluderingskriteriet, noe som er en svakhet ved studien. Disse informantene hadde imidlertid gjennomført fasilitatoropplæring og deltatt i refleksjonsgruppe med en ekstern etikkveileder. Samtidig bidro disse informantene til å belyse forhold som gjør en god gjennomføring av etikkrefleksjon vanskelig, noe som er en styrke sett i forhold til studiens hensikt.

Resultater

I intervjuene kom det fram at innholdet i samtalene varierte fra refleksjon rundt gitte verdiord som verdighet og respekt til egenerfarte utfordringer, og metodene de brukte var alt fra fri samtale til en mer strukturert samtale. Informantene la vekt på at kunnskap om etikk og praktisk trening i refleksjonsmetodikk er sentrale faktorer for å lede gruppesamtalene, og flere ga uttrykk for et behov for mer kunnskap og praktisk trening i å fasilitere refleksjonsprosessen.

Etikkrefleksjon i spennet mellom generelle verdiord og erfarte dilemma

Fokusgruppeintervjuene viste at innholdet i samtalene varierer mellom de ulike refleksjonsgruppene, men også fra gang til gang i den enkelte refleksjonsgruppe. De fleste beskriver at innholdet i samtalen dreier seg om begreper, tema, og fiktive caser. Noen informanter, hovedsakelig sykepleiere fra to fokusgrupper, beskriver at egenerfarte utfordringer ofte var tema i etikkrefleksjonen. Alle understreker imidlertid at det har vært nødvendig å starte litt forsiktig, med overordnede og generelle begreper, slik at det ikke blir for personlig. De mener at dette skaper trygghet i gruppa og bidrar til at flest mulig kan delta aktivt i gruppens refleksjon. En sier:

«Jeg har laget noen lapper med tenkte ting, eller at jeg har brukt eksempler fra min egen praksis og eksempler andre har kommet med. Eh, eller at det har vært bare et ord, eller et ordtak eller sånn for at alle skal være med.»

Alle informantene forteller at de ser det som svært viktig å bidra til trygghet i situasjonen. De beskriver at det kan være lurt at tema er gjort kjent på forhånd, for eksempel ved å si ifra på rapporter eller henge opp lapper på oppslagstavla. Hensikten med å gjøre tema kjent på forhånd er ifølge informantene å gjøre situasjonen forutsigbar for deltakerne. Det innebærer også at gruppe medlemmene kan forberede seg, noe informantene mener bidrar til å dempe et eventuelt forventningspress i situasjonen.

Noen av sykepleierne forteller at det mest utfordrende er å komme videre fra det å snakke i generelle termer til å ta utgangspunkt i reelle vanskelige situasjoner på

avdelingen. Det sistnevnte vurderer disse sykepleierne som mer krevende, men også med en helt annen mulighet for læring og utvikling:

«Det er en utfordring, dette å ikke bare ta opp ufarlige etiske dilemmaer, men tørre å gå på det som kanskje er krevende og som det er meninger rundt. Ja, det er det det handler om når en vil komme litt videre.»

De sykepleierne som beskriver at de har erfaring med å reflektere over situasjoner fra praksis tror dette kan ha sammenheng med at gruppedeltakerne er trygge på hverandre, men også at de selv har fått god opplæring. Flere av dem beskriver at de har videreutdanning og opplever at de er trygge i rollen som fasilitator. Det kommer videre frem at flere av disse refleksjonsgruppene ble startet på avdelingens eget initiativ, flere år før oppstart av det nasjonale etikkprosjektet.

Etikkrefleksjon i spennet mellom fri og strukturert samtale

Informantene beskriver at hvordan de snakker sammen i gruppene varierer; de fleste lar samtalen løpe fritt, noen anvender metoder som gjør samtalen litt strukturert og noen få anvender refleksjonsmodeller som systematisk styrer både samtalsinnhold og progresjon.

De fleste sier at de har prøvd flere ulike metoder, og viser til Aadlands etiske refleksjonsmodell, SME-metoden og fiskebollemetoden (fishbowl-metoden).

Alle understreker imidlertid at det er viktig å bruke en metode eller modell som er lett og enkel, slik at alle føler seg hjemme og kan ta del i refleksjonen. En av informantene sier eksplisitt at man ikke må ha for store forventninger til deltakerne:

«Da jeg var på kurs i Oslo, og det var veldig nyttig, men da må du ha en viss kompetanse på det du driver med. Altså litt høyere enn vi legger lista, for at alle skal kunne få delta.»

Noen av informantene som er sykepleiere forteller derfor at de ofte må omformulere spørsmål i gruppemøtet for å få fram dilemmaer. Én sier:

«Hver gang så har vi endt opp med at jeg sier: 'Ja, er det noen som står oppi noe vanskelig?', og så har det kommet. Vi har ikke kalt det et etisk dilemma. 'Men har du vært oppi noe som er tøft nå da?' Og så finner vi dilemmaet i det.»

Noen av informantene, i hovedsak omsorgsarbeidere/helsefagarbeidere og noen sykepleiere, forteller at de i begynnelsen brukte Aadlands etiske refleksjonsmodell eller SME-metoden. Det ble det imidlertid fort slutt på, fordi det ble opplevd som en kunstig samtaleform der samtalen ble oppstykket. De gikk derfor over til å gjennomføre refleksjonen som en åpen og ustrukturert samtale. Andre informanter, i hovedsak sykepleiere, beskriver imidlertid at det å benytte SME-metoden eller Aadlands refleksjonsmodell trolig er mer nyttig i forhold til hva en får ut av refleksjonen. Én sier:

«Så vi har jo jobba med 'fiskebollemetoden' og lapper, og ja, vi har jobbet med alt mulig rart egentlig. Men vi ser at det som virkelig fungerer når det er litt sånn store tunge etiske dilemmaer så er det den modellen [SME-metoden], for den fører til noen ting ... til en løsning på en måte.»

Informantene beskriver videre at det er svært ulikt hvor lang tid de har til disposisjon for selve refleksjonen. Relativt mange forteller at de har ti til tyve

minutter, mens noen har en time. En sykepleier sier: «Ulike metoder krever ulik planlegging og tid», og påpeker videre betydningen av tilstrekkelig tid for nettopp å stimulere til refleksjon og unngå at man går rett til løsningen:

«Det å ta seg den tida til å reflektere over noe i stedet for å hoppe rett på løsningen, for det er som regel det vi gjør. Her er et problem 'ja, da gjør vi sånn og sånn'. Så diskuterer vi litt fram og tilbake og så er det gjort på fem minutter å finne løsningen. Mens de her refleksjonene er jo verdifulle, veldig verdifulle i forhold til at du kanskje kommer fram til en helt annen løsning enn du i utgangspunktet trodde når du fikk det presentert. Når du får løfta faget. Ja, altså vi har refleksjon på to forskjellige nivåer.»

Behovet for opplæring og kompetanse

Alle informantene beskriver at det å lede refleksjonsgrupper krever kompetanse og opplæring. Det kommer imidlertid frem at opplæringen i regi av prosjektet har vært svært forskjellig.

Av informantene beskriver 14 (11 sykepleiere, en hjelpepleier, en legesekretær og en hjemmehjelpscoordinator fra fire av kommunene) at de har vært på to eksterne introduksjonskurs. Ett var kalt *Oppstartskonferansen* og besto av to dager med faglig påfyll for å inspirere og motivere til oppstart av tiltak i egen kommune. Det andre var et Nordpå-kurs som besto av tre dager med opplæring i metoder og verktøy for etikkrefleksjon. Et uklart antall av disse 14 har også vært på kurs i regi av SME, og 11 av dem har deltatt i egen kommunes opplæringsprogram med fagdager og seminarer for fasilitatorer. Til tross for at disse 14 må sies å ha fått relativt mye opplæring i forhold til de andre, beskriver et fåtall, i hovedsak sykepleiere fra en kommune, at de er trygge i rollen og at de opplever å ha tilfredsstillende kompetanse til å lede refleksjonsgruppene.

Det er videre 14 informanter (10 sykepleiere og fire hjelpepleiere/omsorgsarbeidere tilhørende fire ulike kommuner) som beskriver at de har fått opplæring gjennom interne fagdager og seminarer i egen kommune. Denne opplæringen har vært veldig variert, med blant annet fagdager om verdier og refleksjonsmetoder, gruppesamarbeid om ulike tema og bruk av KS sine videoer. Tre hjelpepleiere/omsorgsarbeidere beskriver at de har fått tre timer tre ganger, altså til sammen ni timer opplæring, noe de beskriver som «alt for lite». Alle disse informantene beskriver at de er usikre når de skal lede etikkrefleksjonen.

De siste fem informantene, alle sykepleiere fra samme kommune, har både fått opplæring i kommunen og fått tilbud om videreutdanning i etikk ved en høyskole, noe tre av dem har gjennomført. De beskriver at de er trygge i rollen og opplever egen kompetanse som tilstrekkelig når de leder etikkrefleksjonen.

Ifølge informantene har de fleste fått informasjon om mange og ulike metoder for å drive etikkrefleksjon, og metodene de har vært introdusert for varierer i både innhold og struktur. Informantene viser til to ulike refleksjonsmodeller som de har lært, nemlig Aadlands refleksjonsmodell og SME-metoden. De viser også til fiskebollemetoden og diverse andre lavterskeltiltak fra KS-prosjektets etikkhåndbok. Til tross for svært ulik opplæring og opplevelse av egen kompetanse til å lede etikkrefleksjon, beskriver alle at det å klare å lede gruppedeltakerne i en refleksjonsprosess krever kompetanse som en tilegner seg over tid:

«I begynnelsen ble det veldig mye diskusjon. Vi prater jo veldig i munnen på hverandre, men etter hvert – vi fikk fasilitatorkurset – så kunne vi jobbe litt mer systematisk. Vi delte jo på oppgavene, gjerne sånn at enkelte kunne ta ansvaret med å ha en problemstilling til neste møte. Litt jobb, mer effektivt den timen som vi har refleksjonsmøte da. Men jeg husker at det tok litt tid.»

Alle gir også uttrykk for at de kan ønske seg mer kunnskap om både etikk, refleksjon og trening i refleksjonsmetodikk og det å lede grupper. Behovet for mer kunnskap kommer imidlertid særlig fram hos hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, som blant annet sier at de er usikre på hva etikk egentlig er. Deres behov for mer kunnskap kan sees i sammenheng med at disse informantene også ser ut til å være de som har minst opplæring. Intervjuene viser også at hjelpepleierne/comsorgsarbeiderne, men også noen av sykepleierne, er usikre på hva refleksjon egentlig er. De fleste informantene beskriver etikkrefleksjon som en fri samtale der gruppemedlemmene får komme med sine tanker om et begrep eller verdiord, eller at det handler om å snakke og få «luftet ut frustrasjoner» i forhold til utfordrende situasjoner fra praksis.

Noen av informantene, hovedsakelig sykepleiere som har videreutdanning i etikk, ledelse eller veiledning fra to ulike fokusgrupper, beskriver at etikkrefleksjon er noe mer enn en fri samtale. Disse beskriver refleksjon som et systematisk og strukturert dialogarbeid der man bringer inn fagkunnskaper og ulike etiske perspektiver i den hensikt å lære og forbedre praksis. Dette er de samme informantene som forteller at innholdet i samtalene tar utgangspunkt i egen praksis og at de anvender Aadland-modellen eller SME-metoden i refleksjonen. De sier også at de har holdt på med refleksjonsgrupper i flere år, at de er trygge i rollen og at de kan anvende ulike teknikker i samtalen for å få gruppemedlemmene til å delta og for å få belyst dilemmaet fra flere sider.

Diskusjon

I denne studien kommer det fram at både innholdet i samtalene og metodene som anvendes i refleksjonsgruppene er svært varierte. Samtalens innhold, så vel som samtalens form, ser ut til å preges av fasilitatorenes ønske om å skape trygghet. Framfor alt fører dette ønsket til at fasilitatorene «legger lista lavt». Et fåtall av fasilitatorene anvender Aadlands refleksjonsmodell eller SME-metoden som styringsverktøy for etikkrefleksjonen. De som gjør det, har i hovedsak sykepleierutdannelse og beskriver seg som trygge i rollen som fasilitator. Alle informantene ønsker seg imidlertid mer kunnskap i både etikk og refleksjonsmetodikk. Samtidig tyder mye på at det er en kompetanseforskjell mellom sykepleiere som er trygge i rollen og de andre sykepleierne – særlig omsorgsarbeidere/hjelpepleiere – i forhold til kunnskaper om, og ferdigheter i, å drive etikkrefleksjon.

I den nasjonale satsingen på etablering av møteplasser for etikkrefleksjon, er refleksjonsgruppene ment å bidra til kompetanseheving hos de ansatte. Samtale og kritisk refleksjon over praksiserfaringer har som målsetting å åpne for ny forståelse, læring og faglig utvikling. I det følgende diskuteres studiens funn i forhold til om etableringen av refleksjonsgrupper i etikk fungerer etter intensjonen, nemlig som grupper for etikkrefleksjon med læring og faglig utvikling som mål.

Trygghet

Mange av fasilitatorene har tilpasset innholdet i gruppediskusjonen til hvor trygge de opplever at medlemmene er i gruppa og til det de tror gruppemedlemmene vil kunne ta del i. Derfor velger flere å tilpasse refleksjonen til det de antar er kollegaenes kompetansenivå, istedenfor å stimulere til etikkrefleksjon. Dette ser særlig ut til å gjelde de som startet med grupper i forbindelse med den nasjonale satsningen. Trygghet er en forutsetning for åpenhet i gruppa, og dermed også for en kunnskapende prosess. Det er fordi læring gjennom en refleksiv samtale forutsetter at en er åpen og våger å ta utgangspunkt i nettopp en konkret handling og dele den med andre (Burnard 1987). I de fleste gruppene reflekteres det imidlertid over begreper, verdiord og fiktive caser. Årsaken til dette kan være at fasilitatorene mener det er for krevende å reflektere over etiske problemer fra egen praksis. Fasilitatorenes vurdering kan være reell, basert på en kjennskap til kollegaene. En kan imidlertid ikke se bort ifra at dette også kan være basert på en undervurdering av kollegaenes evne og vilje til å reflektere over egen praksis. Kanskje har det også sammenheng med fasilitatorenes egen utrygghet i forhold til å fasilitere en etisk refleksjonsprosess. Informantene sier selv at de ønsker mer kunnskap i etikk og trening i refleksjonsmetodikk. Samtidig kan det å ta utgangspunkt i egen praksis, og eventuelt avdekke/oppdage at det er et misforhold mellom teorier man har om praksis og det som er ens bruksteorier, oppleves ubehagelig og truende. Den enkeltes sårbarhet blir på denne måten synlig for alle i gruppa, og det å vise seg fram i gruppa kan derfor være vanskelig. Skal deltagerne tørre å legge fram sine erfaringer i gruppa krever det gjensidig respekt og at det er etablert et læringsmiljø der deltagerne kan stole på at de andre i gruppa tar imot og ikke krenker (Burrows 1997). Fasilitatorene kan dessuten være usikre på hvordan de skal håndtere gruppemedlemmene slik at ingen føler seg krenket, og derfor «legger de lista lavt» slik at det er trygt for alle.

Den kunnskapende prosess er imidlertid avhengig av at den enkelte blir bevisst forholdet mellom uttrykte idealer og egen praksis (Argyris & Schön 1974). Når man i gruppene for det meste reflekterer over generelle begreper og verdiord, vil koblingen til egen praksis mangle, og bevisstheten om de bruksteorier som preger egen praksis utebli. Samtidig er det ikke usannsynlig at også samtaler om generelle etiske spørsmål kan bidra til en bevisstgjøring av hva begrepene og verdiene betyr, og slik sett være opplysende. Ut fra læringsteori er det imidlertid lite trolig at dette fører til læring i form av forandring av praksis. Der hvor de har drevet faste grupper over tid, ser det ikke ut til at det er like «skummelt» å skulle tenke høyt om egen praksis. Dette kan henge sammen med at medlemmene her er mer trygge på hverandre fordi de har vært i gruppen over tid, kjenner hverandre og kanskje har erfart at åpenhet ikke er farlig. Mye tyder på at valget av å fokusere på generelle begreper og verdiord som utgangspunkt for refleksjonen er begrunnet i å trygge deltagerne. Det kritiske spørsmålet er imidlertid om ikke dette er et valg som reduserer deltakernes mulighet for læring og faglig utvikling.

Fasilitatorene prøver å skape trygghet ved å legge vekt på forutsigbarhet og å dempe forventningspresset i situasjonen. Dette gjør de blant annet ved å gjøre innholdet i refleksjonen kjent på forhånd og å la de ansatte «tale fritt» uten en strukturert metode. Hensikten med dette ser ut til å være at alle i gruppa skal føle at de kan være med. Samtidig bidrar dette til at det er vanskelig for fasilitatorene å

gripe fatt i konkrete, utfordrende situasjoner på avdelingen. De sier selv at dette er en tilnærming som hemmer dem i å ta opp de vanskelige situasjonene. Refleksjon over egen praksis og bevissthet om eventuell diskrepans mellom uttrykte verdier og idealer og det som kommer til syne i handling, er selve forutsetningen for læring og faglig utvikling (Argyris & Schön 1974). Fasilitatorenes valg synes å redusere denne muligheten.

En grunn til at fasilitatorene i liten grad ser ut til å anvende Aadlands refleksjonsmodell og SME-metoden kan være at de tror at de ufaglærte ikke har forutsetninger for kritisk refleksjon, altså å etterspørre de etiske argumentene i tilknytning til situasjonen det reflekteres over. Dette kan henge sammen med en mulig undervurdering av hjelpepleiere og omsorgsarbeideres evne og vilje til å snakke om egne erfaringer fra praksis og om hvilke begrunnelser de har for sine handlinger. Det kan imidlertid også være fordi fasilitatorene selv er usikre og velger å bevege seg i et overordnet landskap som ikke utfordrer og dermed er lettere å håndtere for dem selv. Løst strukturerte samtaler gjør det vanskelig å få fram faglige og etiske begrunnelser, samtidig som det reduserer muligheten for alternative forståelser og handlinger. Dermed mister man sentrale aspekter ved prosessen som fører til læring (Burnard 1987). Flere sykepleiere mener at det å «bare prate» ikke fører til noe; man «kommer ikke fram til en alternativ løsning» og får ikke «løftet faget». Dette kan tyde på at disse sykepleierne nettopp savner læringspotensialet i de samtalene der en ikke griper fatt i praksissituasjoner og etterspør de etiske argumentene, men i stedet legger opp til en løs struktur og inviterer til en åpen samtale.

Studien tyder derfor på at det å skape trygghet er helt avgjørende og får betydning for både innholdet i samtalene og refleksjonsmetodene som anvendes i gruppene. Tryggheten ser ut til å handle om både gruppe-medlemmenes trygghet seg imellom og fasilitatorens trygghet i egen rolle, men også fasilitatorens antakelse om hva medlemmene i gruppa kan håndtere av utfordringer når det gjelder etikk og refleksjon.

Behovet for opplæring og kompetanse

Etableringen av etikkrefleksjon ser ut til å ta tid, både fordi deltakerne er usikre på hva etikkrefleksjon er og hvilke krav det stiller til dem, men også fordi fasilitatorene er usikre på hvordan de skal lede refleksjonsprosessen. Alle fasilitatorene ønsker seg mer kunnskap om etikk, refleksjon og metoder som strukturerer refleksjonsprosessen, samtidig som at de uttrykker et behov for å øve seg på å fasilitere den. Særlig gjelder dette helsefagarbeidere og omsorgsarbeidere, men også noen av sykepleierne. Fasilitatorenes opplevelse av at de selv har behov for mer kunnskap kan henge sammen med at opplæringen ikke har vært god nok i selve prosjektet, men kan også indikere en kompetanseforskjell knyttet til fasilitatorenes egen utdanning og erfaring. Flere av fasilitatorene som er sykepleiere leder grupper som både tar utgangspunkt i egen praksis og benytter refleksjonsmodeller for å strukturere refleksjonsprosessen. Særlig sykepleiere som har videreutdanning og er trygge i rollen ser ut til å gjennomføre etikkrefleksjonen på denne måten. Kanskje er det fordi disse gjennom sin utdanning har tilegnet seg kompetanse i både veiledning og etikk, noe som gjør at de har et bedre utgangspunkt hva gjelder handlingskompetansen i rollen som fasilitator.

Det kommer videre fram at informantene beskriver refleksjon forskjellig, nærmest på tre ulike nivå. På det ene nivået samtaler man på et overordnet plan; om begreper, verdiord og tenkte problemstillinger. Det andre nivået innebærer samtale om relevante praktiske situasjoner der man får ut frustrasjoner og «lufter seg». Her bringer man ikke inn etiske perspektiver på en systematisk måte, noe som fører til at man tar opp de samme temaene gang på gang. Det siste nivået benytter seg av refleksjonsmodeller som et verktøy for å strukturere samtalen i den hensikt å belyse egenerfarte etiske utfordringer. På dette nivået drøftes de etiske utfordringene fra ulike perspektiver, de etiske argumentene vektet og alternative handlinger identifiseres. Resultatet av denne prosessen er at deltakerne erverver ny forståelse, ser nye løsninger og får et utvidet handlingsrom. Denne formen for strukturert refleksjon blir i dette datamaterialet i hovedsak presentert av noen av sykepleierne, og er noe som skjer i et fåtall av refleksjonsgruppene. Fasilitatorenes formelle kompetanse ser derfor ut til å ha betydning for hvordan prosessen i gruppene ledes og fasiliteres, både når det gjelder innhold og refleksjonsmetode. Det kan synes som om prosjektet «Samarbeid om etisk kompetanseheving» har lagt for liten vekt på den enkeltes kompetanse i rekrutteringen av fasilitatorer, men også at opplæringen ikke har gitt fasilitatorene den kompetansen som har vært nødvendig for at de skal føle seg trygge i rollen. Videre er oppfølging og støtte til fasilitatorene underveis i et slikt prosjekt en sentral faktor for å nå målet om etisk kompetanseheving.

Konklusjon

De fleste refleksjonsgruppene i denne studien ser ut til å fungere mer som et «pusterom» enn som en læringsarena for etikkrefleksjon. Mange gruppe-medlemmer har nok blitt mer bevisst på etikk og etiske utfordringer generelt, men det er lite sannsynlig at dette pusterommet bidrar til læring og endret praksis. Refleksjon som fører til læring innebærer prosesser som krever både tid og struktur utover det å bruke ti til tyve minutter til fri samtale om et verdiord eller et begrep. Etikkrefleksjon – ikke bare å identifisere et problem for så å gå rett til løsningen – krever at gruppene har fått avsatt tid da de er fristilt fra den handlingstvingen som arbeidshverdagen ofte innebærer (Mezirow 2000), noe som kan være en organisatorisk og ressursmessig utfordring i dagens helse- og omsorgstjenester (Tønnessen 2011).

Studien viser at fasilitatorenes kompetanse og trygghet i rollen er avgjørende for hvordan etikkrefleksjonen gjennomføres i gruppene. Det ser særlig ut til at fasilitatorenes helsefaglige utdanning er en betydningsfull faktor for at refleksjonsgrupper skal fungere etter intensjonen. Like viktig er det også at gruppene gjennomfører en systematisk refleksjonsprosess med utgangspunkt i konkrete praksissituasjoner. Dette skjer imidlertid i et fåtall av gruppene. Skal etikkrefleksjon fungere etter intensjonen kreves det derfor både en grundig opplæring av fasilitatorene før oppstart av etikkrefleksjonen og en tett oppfølging underveis i prosjektperioden. Dette er igjen forhold som krever forankring og støtte i organisasjonen.

Noter

¹SME: Senter for Medisinsk Etikk, Universitetet i Oslo.

Referanseliste

- Argyris, C. & Schön D.A. (1974) *Theory in practice: Increasing the professional Effectiveness*, San Francisco: Jossey-Bass, Inc.
- Aadland, E. (2006). Veiledning i etiske dilemmaer. I: *Mangfold i faglig veiledning for helse- og sosialarbeidere*, red. Teslo, A.L. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bollig, G., Pedersen, R. & Førde, R. (2009) Etikk i sykehjem og hjemmetjenester. *Sykepleien forskning*, 4 (3), s.186-196. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2009.0097>
- Burnard, P. (1987) Towards an epistemological basis for experiential learning in nurse education. *Journal of Advanced Nursing*, 12, pp. 189-193. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.1987.tb01320.x>
- Burrows, D. E. (1997). Facilitation: a concept analyses. *Journal of advanced nursing*. 25 (2), 396-404. Retrieved from PM:9044016. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.025396.x>
- Dauwerse, L., Weidema, F., Abma, T., Molewijk, B. & Widdershoven, G. (2014) Implicit and explicit clinical ethics support in The Netherlands: a mixed methods overview study. *HEC Forum*, 26, pp. 95-109. <http://dx.doi.org/10.1007/s10730-013-9224-2>
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2005) *The Sage handbook of qualitative research*, Thousand Oaks, Calif., Sage.
- Eide, T. & Aadland, E. (2008). Etikkhåndboka for kommunenes helse- og omsorgstjenester. Oslo; Kommuneforlaget AS
- Fjelltun, A.-M. S., Henriksen, N., Norberg, A., Gilje, F. & Normann, H. K. (2009) Nurses' and carers' appraisals of workload in care of frail elderly awaiting nursing home placement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23 (1), pp. 57-66. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00590.x>
- Førde, R. & Vandvik, I. H. (2005) Clinical ethics, information, and communication: review of 31 cases from a clinical ethics committee. *J Med Ethics*, 31 (2), pp. 73-7. <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2003.003954>
- Førde, R., Pedersen, R., Nortvedt, P. & Aasland, O. G. (2006) Får eldreomsorgen nok ressurser? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 126, s. 1913-1916. <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2003.003954>
- Gautun, H. & Bratt, C. (2014) Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem. Velferdsintituttet, NOVA. Rapport 14/14.
- Gjerberg, E. & Amble, N. (2011). Train the trainer – refleksjonsgrupper i pleie- og omsorgstjenesten. *Sykepleien Forskning*. (2), 134-141. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.059>
- Gjerberg, E., Førde, R., Pedersen, R. & Bollig, G. (2010) Ethical challenges in the provision of end-of-life care in Norwegian nursing homes. *Social Science & Medicine*, 71, pp. 677-684.
- Gjerberg, E., Lillemoen, L., Dreyer, A., Pedersen, R. & 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), pp. 31-49.
- Harvey, G. Lofthus-Hills, A., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., Kitson, A., McComrack, B. et al. (2002). Getting evidence into practice: the role and function of facilitation. *Journal of Advanced Nursing*. 37 (6), 577-588. Retrieved from PM:11879422. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02126.x>

- Helse- og omsorgsdepartementet (2006) *Mestring, muligheter og mening : framtidens omsorgsutfordringer*. St.meld. nr.25 (2005-2006). Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsetilsynet (2011) *Krevende oppgaver med svak styring. Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre*. Rapport fra Helsetilsynet 5/2011. Oslo, Helsetilsynet.
- Kalager, G., Førde, R. & Pedersen R. (2011) Er drøfting av pasientsaker i klinisk etikk-komiteer nyttig? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131 (2), s. 118-121.
- Kalvemark, S., Hoglund, A. T., Hansson, M. G., Westerholm, P. & Arnetz, B. (2004) Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Soc Sci Med*, 58 (6), pp 1075-84. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00279-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00279-X)
- Kolb, D.A. (1984) *Experiential learning. Experience as the source of of learning and development*, New Jersey, Prentice-Hall.
- Kvale, S. (1996) *Interviews : an introduction to qualitative research interviewing*, Thousand Oaks, Calif., Sage.
- Lambert, V. & Glacken, M. (2005). Clinical education facilitators: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 14 (6), 664-673. Retrived from PM:15946274 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01136.x>
- Lauvås, P. & Handal, G. (2000) *Veiledning og praktisk yrkesteori*, Oslo, Cappelen Akademisk Forlag
- Lillemoen, L. & Børslett, E. J. (2010) Etikk i praksis. *Sykepleien*, 98, s. 58-61.
- Lillemoen, L. & Pedersen, R. (2013) Ethical challenges and how to develop ethics support in primary health care. *Nursing Ethics*, 20 (1), pp. 96-108. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733012452687>
- Mc Carthy, J. & Deady, R. (2008) Moral distress reconsidered. *Nurs Ethics*, 15 (2), pp. 254-62. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733007086023>
- Mezirow, J. (2000) Hvordan kritisk refleksjon fører til transformativ læring. I: *Tekster om læring*, red. Illeris, K. s. 67-82, Fredriksberg C, Roskilde Universitetsforlag.
- Molander, B. (1990) Kunskapens tysta og tystade sidor – ett försök till en översikt. *Nordisk Pedagogik*, 3, s. 99-113.
- Molewijk, A. C., Abma, T., Stolper, M. & Widdershoven, G. (2008) Teaching ethics in the clinic. The theory and practice of moral case deliberation. *J Med Ethics*, 34, pp. 120-4. <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2006.018580>
- Nagykaldi, Z., Mold, J.W., & Aspy, C.B. (2005). Practice facilitators: a review of the literature. *Family Medicine*, 37 (8), 581-588. Retrieved from PM: 16145629.
- Patton, M. Q. (2002) *Qualitative research & evaluation methods*, Thousand Oaks, Calif., Sage Publications.
- Ruyter, K. Førde, R. Solbakk, J.H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Solum, E. M., Slettebo, A. & Hauge, S. (2008) Prevention of unethical actions in nursing homes. *Nurs Ethics*, 15 (4), pp. 536-48. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733008090524>
- Sosialdepartementet (2003) *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene*. St.meld. nr.45 (2002-2003). Oslo, Sosialdepartementet.

- Statens Helsetilsyn (2003) *Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene : tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*. Rapport fra Helsetilsynet 10/2003. Oslo, Statens helsetilsyn.
- Statens Helsetilsyn (2005) *Pleie- og omsorgstjenester på strekk : sammenstilling og analyse av funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter i 2003 og 2004*. Rapport fra Helsetilsynet 7/2005. Oslo, Statens Helsetilsyn.
- Statistisk Sentralbyrå SSB (2014-07-08) *Pleie- og omsorgstjenester, 2013, førebelse tal*, [Internett] Statistisk Sentralbyrå. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar-forelopige/2014-0708?fane=tabell&sort=nummer&tabell=186139> [Lest 5. februar 2015].
- Svantesson, M., Karlsson, J., Boitte, P., Schildman, J., Dauwerse, L., Widdershoven, G., Pedersen, R., Huisman, M. & Molewijk, B. (2014) Outcomes of moral case deliberation--the development of an evaluation instrument for clinical ethics support (the Euro-MCD). *BMC Med Ethics*, 15, 30. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/15/30> .
<http://dx.doi.org/10.1186/1472-6939-15-30>
- Sørhaug, T. (1996). *Om ledelse. Makt og tillit I moderne organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Söderhamn, U., Kjostvedt, H. T. & Slettebo, A. (2014) Evaluation of ethical reflections in community healthcare: A mixed-methods study. *Nurs Ethics*. Available from <http://nej.sagepub.com/content/early/2014/04/01/0969733014524762>
- Stolper, M. Molewijk, A.C., & Widdershofen, G. (2014). Learning by doing. Training Health Care Professionals to Become Facilitator of Moral Case Deliberation. *HEC. Forum*. 27, 47-59. <http://dx.doi.org/10.1007/s10730-014-9251-7>
- Tønnessen, S. (2011) *The Challenge To Provide Sound and Diligent Care - a qualitative study of nurses' decisions about prioritization and patients' experiences of the home nursing service*. PhD diss, University of Oslo.
- Tønnessen, S. & Nortvedt, P. (2012) Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien Forskning*, 7 (3), s. 280-285.
- Van Der Dam, S., Schols, J. M. G. A., Kardol, T. J. M., Molewijk, B. C., Widdershoven, G. a. M. & Abma, T. A. (2013) The discovery of deliberation. From ambiguity to appreciation through the learning process of doing Moral Case Deliberation in Dutch elderly care. *Social Science & Medicine*, 83, pp. 125-132. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.01.024>
- Vike, H. & Haukelien, H. (2007) *Velferdspolitik ved reises slutt*. Oslo, Norsk Sykepleierforbund.
- Weidema, F. C., Molewijk, B. a. C., Kamsteeg, F. & Widdershoven, G. a. M. (2013) Aims and harvest of moral case deliberation. *Nursing Ethics*, 20 (6), pp. 617-631. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733012473773>
- Wenger, E. (1998). *Communities of practice. Learning, meaning and Identity*. Cambridge; Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/cbo9780511803932>
- Wiessner, C.A., Mezirow, J. (2000). Theory building and the search for common ground. I *Learning as Transforamtion*, red. Mezirow, J. San Fransisco: Jossey-Bass.