



Fysioterapeuters erfaringer med etiske dilemmaer i arbeidet med eldre,
skrøpelige slagpasienter

Kristin Fiskaa

**Mastergradsoppgave i helsefag, studieretning klinisk nevrologisk
fysioterapi, fordypning voksne.**

Institutt for helse- og omsorgsfag,

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Tromsø

Mai 2012

FORORD

Masterstudiet og arbeidet med denne oppgaven har vært en lærerik og spennende prosess. Underveis har det vært mange personer som har bidratt og som jeg i denne forbindelse ønsker å takke for hjelpen. Først og fremst gjelder dette fysioterapeutene som stilte som intervjupersoner og villig delte sine erfaringer og bidro til at denne studien ble mulig. Også en stor takk til veileder Nina Emaus som kontinuerlig har gitt meg konkrete råd og hjelp til å komme videre i oppgaven. Takk til Fond for etter- og videreutdanning for fysioterapeuter for økonomisk støtte. Tusen takk til mine foreldre og svigerforeldre for all praktisk hjelp for at dette i det hele tatt har kunnet la seg gjøre. Takk til familie, venner og kolleger for all god støtte. Til slutt vil jeg takke Anders for tålmodig, engasjert og oppmuntrende støtte og hjelp gjennom hele prosessen. Og sist men ikke minst; takk til vår lille solstråle Frida.

Kristin Fiskaa

Mai, 2012

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Eldre, skrøpelige slagpasienter er en stadig voksende gruppe på akutte slagenheter og rehabiliteringsavdelinger. Arbeid med denne pasientgruppen kan være utfordrende og føre til at fysioterapeuter opplever etiske dilemmaer. Tidligere forskning om etikk og fysioterapi etterspør forskning basert på fysioterapeuters erfaringer med etiske dilemmaer i klinisk praksis. Studiens problemstilling er ”Hvilke etiske dilemmaer erfarer fysioterapeuter i arbeidet med eldre, skrøpelige slagpasienter, og hvilken betydning kan disse erfaringene ha for klinisk praksis?”

Materiale og metode: Fem fysioterapeuter har blitt intervjuet om deres erfaringer med etiske dilemmaer i arbeidet med den aktuelle pasientgruppen på akutt slagenhet og rehabiliteringsavdeling på sykehus. Materialet har blitt transkribert, kodet og analysert etter kvalitativ metode forankret i en fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapstradisjon.

Resultater og konklusjon: Studien viser at etiske dilemmaer er en del av arbeidshverdagen til fysioterapeuter i møtet med den aktuelle pasientgruppen. De etiske dilemmaene som ble identifisert i denne studien var av to hovedkategorier, henholdsvis ”Etiske dilemmaer knyttet til systemiske faktorer” og ”Etiske dilemmaer i møtet med eldre, skrøpelige slagpasienter”. I fysioterapeutenes møte med den aktuelle pasientgruppen fremtrer følgende dilemma som særlig sentrale: dilemmaer i forhold til å ha tid til å se og kunne prioritere rehabilitering av pasientene, dilemmaer i forhold til å motivere pasientene som i utgangspunktet virker umotiverte for rehabilitering og dilemmaer i forhold til å vite når en skal avslutte behandling. Fysioterapeutene ønsker å løse dilemmaene på en mest mulig hensiktsmessig måte ovenfor pasienten. De er opptatt av pasienten og hans eller hennes situasjon. Dermed har det vært naturlig å knytte studien opp mot relasjonsetikk som setter menneskene, deres relasjoner og situasjoner i fokus. I tillegg legger systemet noen viktige premisser i forhold til fysioterapeutenes arbeid med pasientgruppen. Dette fører til at fysioterapeutene nærmest blir tvunget inn i en konsekvensetisk tenkning. Studiet belyser hvordan fysioterapeutene kan erfare moralsk stress og hvordan de håndterer dette. Fokus på etikk og etisk refleksjon på arbeidsplassen bør være forankret i ledelsen og kan være viktig for utvikling av etisk kompetanse og reduksjon av moralsk stress.

Nøkkelord: Etikk, etisk dilemma, fysioterapi, hjerneslag, skrøpeligheit, eldre, relasjonsetikk, konsekvensetikk, moralsk stress.

ABSTRACT

Background: The number of elderly, frail stroke patients in hospitals and rehabilitation departments is steadily growing. Working with these patients may be challenging, and physiotherapists (PTs) may experience ethical dilemmas. Earlier research about physiotherapy and ethics requests further research based on PTs` experiences with ethical dilemmas in their clinical practice. The research question of this study is “Which ethical dilemmas do PTs experience in their meetings with elderly, frail stroke patients, and what significance may these experiences have to their clinical practice?”

Material and methods: Five PTs have been interviewed about their experiences with ethical dilemmas in their work with elderly, frail stroke patients in acute stroke units and hospital based rehabilitation wards. Transcription, coding and analysis of the material was carried out using qualitative methods from a phenomenological and hermeneutical tradition of science.

Results and conclusion: The study reveals that ethical dilemmas are a part of PTs daily working life with elderly, frail stroke patients. Ethical dilemmas identified in this study are divided into two main categories; “Ethical dilemmas concerning systemic factors” and “Ethical dilemmas in the meeting with elderly, frail stroke patients”. The following examples are the most central of the dilemmas in the PTs meeting with this group of patients; dilemmas concerning having sufficient time to see and prioritize rehabilitation of the patients, dilemmas concerning motivation of the patients who seem unmotivated for rehabilitation, and dilemmas concerning how to know when to stop treatment.

The PTs desire to find a solution to these dilemmas in the way most suitable to the patient. They are concerned about the patient and his or her situation. Thus, it has been natural to relate this study to relational ethics which focus on humans, their relations and situations. In addition to this, it seems like the system almost force the PTs into a utilitarian way of thinking as it is the system that makes the premises concerning the PTs work with these patients. This study contributes in showing how PTs may experience moral distress and how they manage it. Focus on ethics and ethical reflection in the work place should be anchored in the management and may be important in developing ethical competence and reducing moral distress.

Key words: Ethics, ethical dilemma, physiotherapy, stroke, frailty, elderly, relational ethics, utilitarianism, moral distress.

INNHold

1. INNLEDNING.....	1
1.1 Presentasjon av problemområde og bakgrunn for valg av tema.....	1
1.1.1 Hjerneslag.....	1
1.1.2 Skrøpelighet.....	1
1.1.3 Utfordringer for fysioterapeuten.....	2
1.2 Hensikt og problemstilling	3
1.2.1 Hensikt.....	3
1.2.2 Problemstilling	3
1.3 Forskning på fysioterapi og etikk.....	3
1.4 Eget ståsted og førforståelse.....	5
2. SENTRAL ETISK TEORI.....	6
2.1 Prinsippbasert etikk i helsefag.....	6
2.2 Utilitarisme (Konsekvensetikk).....	7
2.3 Relasjonsetikk.....	8
2.4 Moralsk stress.....	9
3. METODE.....	10
3.1 Valg av forskningsdesign.....	10
3.2 Utvalg.....	10
3.3 Tilvirkning av data.....	11
3.4 Analyse.....	12
3.5 Skriveprosessen.....	14
3.6 Etske betraktninger i forhold til prosjektet.....	15
3.7 Andre metodiske overveielser.....	15
3.7.1 Utvalg.....	16
3.7.2 Intervjusituasjonen.....	16
3.7.3 Intervjuers posisjon i forhold til intervjupersonene.....	17
3.7.4 Pålitelighet og gyldighet.....	17

4. RESULTATER.....	18
4.1 Etske dilemmaer knyttet til systemiske faktorer.....	18
4.1.1 Interne forhold, prioritering og ressurser.....	18
4.1.2 Prioritering og ressurser når pasienten skal skrives ut.....	21
4.1.3 Er det fokus på etikk i arbeidshverdagen?.....	23
4.1.4 Samarbeid.....	26
4.2 Etske dilemmaer i møtet med eldre, skrøpelige slagpasienter.....	28
4.2.1 Å se pasienten der han eller hun er.....	28
4.2.2 Å gi pasienten en sjanse.....	31
4.2.3 Hvordan og hvorfor motivere eldre, skrøpelige slagpasienter?.....	33
4.2.4 Når er nok nok?.....	36
5. DISKUSJON AV RESULTATER.....	40
5.1 Systemets føringer for fysioterapeuten.....	40
5.1.1 Prioriteringer.....	40
5.1.2 Spesielle utfordringer i forhold til samhandlingsreformen.....	42
5.2 Etske perspektiv på fysioterapeutens møte med pasienten.....	43
5.2.1 ”Å ha en annens liv i sine hender”: Autonomi og/eller paternalisme?.....	43
5.2.2 ”Å tenne gnisten”.....	45
5.2.3 Informasjon og taushetsplikt.....	46
5.2.4 Samtykkekompetanse.....	47
5.2.5 Maktforholdet i relasjonen.....	48
5.3 Etsk refleksjon i arbeidshverdagen.....	49
5.4 Studiens kunnskapsbidrag i forhold til tidligere forskning på området.....	51
6. AVSLUTNING.....	54
LITTERATURLISTE.....	56
VEDLEGG.....	60
Vedlegg 1: Intervjuguide.....	60
Vedlegg 2: Matrise 1.....	62
Vedlegg 3: Matrise 2.....	65
Vedlegg 4: Matrise 3.....	67
Vedlegg 5: Matrise 4.....	69

Vedlegg 6: Tillatelse fra NSD til lagring av persondata.....	70
Vedlegg 7: Informasjonsskriv og samtykkeskjema.....	71

1.0 INNLEDNING

1.1 Presentasjon av problemområde og bakgrunn for valg av tema

1.1.1 Hjerneslag

Hjerneslag rammer ca 15 000 personer årlig og er en av de hyppigste årsakene til død og funksjonshemming i Norge i dag (Helsedirektoratet, 2010). Hjerneslag er først og fremst en stor utfordring for den enkelte som rammes, men også for pårørende, helsetjenesten og for samfunnet (Helsedirektoratet, 2010). Forekomsten av hjerneslag øker med økende alder (Saposnik et al., 2009). Fordi befolkningen blir eldre totalt sett, vil antall hjerneslag kunne øke med 50 % de 20 neste årene (Helsedirektoratet, 2010). Med økende alder øker også alvorlighetsgraden av hjerneslaget (Saposnik et al., 2009). Dette fører blant annet til at disse pasientene må ligge lenger på sykehus eller annen rehabiliteringsavdeling, og at de har en økt risiko for funksjonshemming, institusjonalisering og død (Saposnik et al., 2009).

1.1.2 Skrøpelighet

Mange eldre slagpasienter har allerede nedsatt funksjon før de rammes av hjerneslag. Det kan være som følge av tidligere gjennomgått hjerneslag, eller de kan ha andre sykdomstilstander (Saposnik et al., 2009). Noen har så vidt klart seg hjemme med maksimalt tilbud fra kommunal hjemmetjeneste med et funksjonsnivå på grenseland i forhold til behov for plass på sykehjem eller ei. Andre er allerede sykehjemsbeboere. Felles for disse eldre slagpasientene er at de allerede var skrøpelige før de fikk hjerneslaget. Ulik litteratur definerer skrøpelighet på ulik måte. Felles for litteraturen er at fysiske faktorer, aldring og sykdom alle bidrar til skrøpelighet (Spirduso, Francis & MacRae, 2005). For eksempel definerer Campbell og Buchner (1997) skrøpelighet som en "tilstand eller et syndrom forårsaket av en reduksjon i reservekapasitet i den grad at et antall organsystemer er nær eller forbi terskelen til symptomatisk klinisk sykkelighet" (s.315, egen oversettelse). Som en konsekvens av dette risikerer en skrøpelig person i økende grad funksjonstap eller død dersom han eller hun utsettes for mindre eller større eksterne påkjenninger. Eldre personer i denne gruppen balanserer altså på grensen mellom det å kunne leve et selvstendig liv og det å være avhengig av hjelp fra andre for å overleve (Spirduso et al., 2005).

1.1.3 utfordringer for fysioterapeuten

Fysioterapeutens rolle i arbeidet med slagpasienter er blant annet å bidra med mobilisering og opptrening i den akutte og subakutte rehabiliteringsfasen for at pasienten skal oppnå et best mulig funksjonsnivå. Som en konsekvens av tidligere sykdom og/eller hjerneslaget har mange eldre, skrøpelige slagpasienter redusert innsikt i eget funksjonsnivå og/eller redusert evne til å kunne gi uttrykk for sine ønsker, motivasjon og mål med for eksempel rehabilitering. Selv om pasienten ikke kan gi uttrykk for egne mål med rehabiliteringen, settes fysioterapi og andre rehabiliteringstiltak som regel i verk fra tidlig fase, jamfør de nasjonale faglige retningslinjene for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010). Fysioterapeuten kan oppleve å møte en pasient som kan virke uinteressert og umotivert, men som fysioterapeuten likevel vurderer til å kunne ha nytte av trening. Hva kan fysioterapeuten gjøre i denne situasjonen? Hva bør han/hun gjøre? Hva skal han/hun gjøre? Dette er et av mange eksempler fra arbeid med de eldre, skrøpelige slagpasienter hvor fysioterapeuten kan oppleve å stå i en situasjon hvor han eller hun må ta et vanskelig valg. Valget er vanskelig først og fremst fordi utfallet av det valget fysioterapeuten skal ta har konsekvenser for pasienten. Når valget medfører spørsmål om hva man kan gjøre, hva man skal gjøre og hva man bør gjøre, kan situasjonen få karakter av å være et dilemma – et etisk dilemma som krever en etisk refleksjon (Birkler, 2006).

”**Etikk** søker å beskrive, systematisere, forklare, analysere og begrunne moralske normer og verdier” (Fjelland & Gjengedal, 2000, s.128). **Moral** er ”de normer og verdier som gjelder i en gruppe, et samfunn eller en kultur” (Fjelland & Gjengedal, 2000, s. 128). Ifølge Norsk Fysioterapeutforbunds yrkesetiske retningslinjer inngår etisk tenkning i all fysioterapeutisk yrkesutøvelse (Norsk Fysioterapeutforbunds yrkesetiske retningslinjer, 2010). Videre sier retningslinjene blant annet at etisk tenkning forutsetter en gjennomgående refleksjon over egne holdninger, verdier og handlemåter (Norsk Fysioterapeutforbunds yrkesetiske retningslinjer, 2010). Mine spørsmål er blant annet om fysioterapeuten er seg bevisst den etiske refleksjonen i daglig praksis med eldre, skrøpelige slagpasienter, hvordan denne refleksjonen kommer til uttrykk og hvilke konsekvenser refleksjonen kan ha for klinisk praksis. Jeg ønsker å få kjennskap til hva den erfarne fysioterapeuten erfarer av etiske dilemmaer i arbeidet med denne pasientgruppen. Ved å knytte disse erfaringene til teori, kan de brukes som eksempler og utgangspunkt for å fremme etisk refleksjon hos andre fysioterapeuter som også arbeider med denne pasientgruppen. Dette er ikke minst viktig for

fysioterapiststudenter og fysioterapeuter med lite erfaring. Denne refleksjonen kan igjen være viktig for en best mulig ivaretagelse av de eldre, skrøpelige slagpasientene.

1.2. Hensikt og problemstilling

1.2.1 Hensikt

Hensikten med denne studien er å identifisere og belyse **etiske dilemmaer** som fysioterapeuter på akutt slagenhet eller subakutt rehabiliteringsavdeling på sykehus erfarer i sitt arbeid med eldre, skrøpelige slagpasienter, og hvilken betydning dette eventuelt kan ha for klinisk praksis.

1.2.2 Problemstilling

Hvilke **etiske dilemmaer** erfarer fysioterapeuter i arbeidet med eldre, skrøpelige slagpasienter, og hvilken betydning kan disse erfaringene ha for klinisk praksis?

1.3 Forskning på fysioterapi og etikk

For å få tilgang til forskning og litteratur på feltet, har jeg søkt i databasene PubMed og Svemed med følgende søkeord i ulike kombinasjoner: ”physiotherapy”, ”old”, ”frailty”, ”stroke”, ”ethics”. Jeg har funnet frem til ulike artikler og brukt mesh termer og referansene fra noen av disse til å komme videre i søket. Jeg har etter hvert utvidet søket med ”qualitative research”, ”moral distress” og ”narrative ethics”.

Felles for forskningslitteraturen om fysioterapi og etikk er at mye utdypes i et teoretisk perspektiv på etikk (Swisher, 2002). Det er for eksempel utviklet flere ulike arbeidsmodeller for å fremme etisk refleksjon, men det ser ut til å finnes få publiserte analyser av disse modellene og effekten/nyttene av dem i forhold til hverandre (Nalette, 2010). En del modeller innen etikk i helsefag generelt tar for seg konstruerte historier eller eksempler fra virkeligheten, såkalte ”case-studier” hvor disse analyseres i forhold til prinsippbasert etikk (Fjelland & Gjengedal, 2000). Prinsippbasert etikk forklares nærmere på s.12 i teorikapitlet. Modellene anbefaler ulike fremgangsmåter, men ifølge Fjelland og Gjengedal (2000) inneholder modellene som regel det ”å identifisere og avgrense det sentrale problemet, samle mest mulig relevante fakta, avgjøre hvilket prinsipp som bør ha forrang i den konkrete situasjonen og avgjøre hvilke av de involverte parter man bør ta mest hensyn til” (s.161).

I en retrospektiv analyse av etisk kunnskap i fysioterapi i perioden 1970-2000 anbefales det at fysioterapifaget utvikler en sammenfattende etisk forskningsagenda som reflekterer praksisfeltets virkelighet (Swisher, 2002). For å kunne beskrive praksisfeltets virkelighet, må man ta utgangspunkt i hva som skjer i klinikken og fysioterapeutenes erfaringer. Swisher (2002) peker på at det finnes få studier som prøver å definere etiske situasjoner fysioterapeuter møter i hverdagslig praksis. Hun etterspør også mer kunnskap om hva slags type moralsk resonnement fysioterapeuten bruker, og hva fysioterapeuter bør gjøre i etiske dilemmaer som de stadig møter i sin praksis (Swisher, 2002).

I de siste ti årene er det publisert noe mer forskning om dette emnet. Blant annet har Finch, Geddes og Larin (2005) spurt åtte kanadiske fysioterapeuter om hvordan de integrerer etiske vurderinger i klinisk beslutningstaking. Fysioterapeutene hadde ingen problemer med å beskrive kliniske situasjoner som involverte etiske dilemmaer, men de identifiserte sjelden spesielle konfliktfylte etiske situasjoner i sine beskrivelser (Finch et al., 2005).

De amerikanske fysioterapeutene Greenfield og Jensen hevder blant annet at prinsippbasert etikk ikke tar nok hensyn til pasientens erfaringer og historie (2010a; 2010b). De argumenterer for en fenomenologisk og narrativ tilnærming til etikk innen fysioterapi (Greenfield & Jensen, 2010a; 2010b). I denne tilnærmingen står pasienten og betydningen av hans eller hennes historie sentralt (Greenfield & Jensen, 2010b). De mener at fysioterapeuter kan oppnå en mer helhetlig og sammenhengende tilnærming til etisk resonnement gjennom tolkning av pasientens historie. Selv om erfarne fysioterapeuter ofte har god innsikt i forståelsen av pasientens liv, er lite av denne type forståelse oppdaget og brukt i litteratur om etikk og fysioterapi (Greenfield og Jensen, 2010a; 2010b).

Diverse forskning om etikk og etiske dilemmaer i helsefag har ført til utvikling av begrepet ”**moralsk stress**”. Dette begrepet ble i utgangspunktet presentert som ”det som oppstår når man vet den rette tingen å gjøre, men institusjonelle hindringer gjør det nærmest umulig å etterfølge den riktige retningen i handlingen” (Jameton, 1984, s.6, egen oversettelse). Ifølge Kälvemark, Höglund, Hansson, Westerholm og Arnetz (2004) er moralsk stress den type stress som er relatert til etiske dilemmaer. I forhold til sykepleierforskning synes moralsk stress å være et forholdsvis nytt begrep innen fysioterapiforskning. I 2010 ble en engelsk artikkel publisert angående moralsk stress i fysioterapipraksis. Artikkelen handler blant annet om begrepsavklaring, nåværende etisk kunnskap innen fysioterapi og forskning på moralsk stress (Carpenter, 2010). I artikkelen konkluderer Carpenter (2010) med at det trengs

forskning som utforsker erfaringer til ulike helsepersonell, deriblant fysioterapeuter, som må ta vanskelige moralske avgjørelser i komplekse situasjoner. Carpenter (2010) etterspør også forskning som identifiserer de typer situasjoner og faktorer som fører til at fysioterapeuter erfarer moralsk eller etisk stress i praksis. Hun fremhever at disse erfaringene videre kan informere/påvirke klinisk resonnement og forbedre etikkundervisningen i fysioterapiutdanningene.

Både Carpenter (2010) og Swisher (2002) peker altså på at det er behov for mer forskning vedrørende fysioterapeuters erfaringer med etiske dilemmaer. I mine søk har jeg ikke funnet resultater på publisert forskning om fysioterapi og etikk som særskilt omhandler fysioterapeuters arbeid med skrøpelige, eldre slagpasienter. Jeg har heller ikke funnet publiserte artikler som omhandler fysioterapeuters etiske dilemmaer i Norge. Ut fra dette slutter jeg at temaet er lite utforsket innen fysioterapi.

1.4 Eget ståsted og førforståelse

Gjennom arbeid på geriatrisk avdeling og akutt slagenhet har jeg møtt mange eldre, skrøpelige slagpasienter. Mange av disse pasientene er svært syke fra før, og nærmer seg kanskje livets slutfase. De kan være vanskelig å få kontakt med, og det er ofte vanskelig å vite hva de egentlig ønsker. I møte med disse pasientene har jeg ofte erfart at det har vært vanskelig å skulle sette i gang med mobilisering og opptrening i en situasjon som har virket håpløs for pasienten. Samtidig har jeg også erfart at behandling i mange tilfeller har hatt god effekt. Mange av pasientene har kommet seg og har for eksempel blitt lettere å pleie.

I arbeidshverdagen min og i møtet med pasientene har jeg måttet ta stilling til slike typer faglige spørsmål som også innebærer etisk refleksjon. Dette har blant annet ført til at jeg har blitt nysgjerrig på temaet etikk og hvordan fysioterapeuter reflekterer over etiske dilemmaer og situasjoner som en møter i arbeidshverdagen med de eldre, skrøpelige slagpasientene. Denne studien er derfor motivert både av egen interesse og av manglende forskning på området.

2.0 SENTRAL ETISK TEORI

Etisk teori er sentral grunnlagstenkning både innen filosofi og religionshistorie. I alle kulturer har en vært opptatt av etikk. I vestlig kultur har ulike etiske teorier vært diskutert helt siden de greske filosofene 400-500 år f.Kr. med Sokrates, Platon og Aristoteles som de mest kjente og sentrale tenkerne fra denne tiden. I denne studien blir nyere etisk teori løftet fram. Her følger en kort introduksjon til prinsippbasert etikk, utilitarisme og relasjonsetikk som alle er sentrale innen helsefaglig etikk i dag. I denne oppgaven vektlegger jeg relasjonsetikk som en egen etisk retning. I tillegg til teoretisk etiske retninger aktualiseres begrepet moralsk stress i oppgaven.

2.1 Prinsippbasert etikk i helsefag

I moderne helsefaglig etikk beskrives fire etiske prinsipper som er spesielt viktige: autonomiprinsippet, ikke-skade-prinsippet, velgjørhetsprinsippet og likebehandlingsprinsippet (Beauchamp & Childress, 2001). Ifølge Beauchamp og Childress (2001) inkluderer de fleste klassiske etiske teorier disse prinsippene i en eller annen form. Hensikten med deres rammeverk er at de skal fungere som et analytisk redskap som uttrykk for en allmenn moral og dernest som veiledere for praksis (Ruyter, Førde og Solbakk, 2007). Ikke-skade prinsippet og velgjørhetsprinsippet kan føres tilbake til hippokratisk etikk slik den ble utformet av legen Hippokrates (460-370 f.Kr.). Autonomiprinsippet og likebehandlingsprinsippet kan i hovedsak føres tilbake til pliktetisk filosofi som blant annet er representert ved filosofen Immanuel Kant (1724-1804) (Fjelland & Gjengedal, 2000).

Hippokratisk etikk inneholder både forbud og påbud. Fjelland og Gjengedal (2000) formulerer **ikke-skade-prinsippet** som følgende norm: ”Du skal ikke påføre pasienten unødige skader”(s.158). Dette er med andre ord et forbud. Det sies generelt at legen skal gjøre alt som står i hans makt for å fremme det som er til pasientens beste. Herfra stammer det som man i medisinsk etikk kaller for velgjørhetsprinsippet. **Velgjørhetsprinsippet** er en rekke normer for å frembringe nytte og balansere nytte mot risikoer og kostnader (Ruyter et al., 2007, s.36). Dette prinsippet er med andre ord et påbud.

I deontologisk (av gresk: deon=plikt; nødvendighet) moralfilosofi er synet at menneskelige handlinger har en uavhengig verdi (Wyller, 1996). Ifølge Kant skal all moralsk handling styres av plikt. Det er sinnelaget, ikke konsekvensene, som avgjør om en handling er riktig. Kant gir videre kriteriet på hva som kan regnes som en plikt, og dermed hva som er moralsk

rett, i det kategoriske imperativet (Fjelland & Gjengedal, 2000). Ifølge Kant påbyr det kategoriske imperativ oss å handle som frie, rasjonelle vesener. For å gjøre det må vi respektere vår evne til å følge rasjonelle regler og ikke bare reagere på impulser. Handlingsreglene må ifølge Kant formuleres til ”kategoriske” påbud: ”Gjør slik og slik – ikke for å realisere de og de ønskene, men for i det hele tatt å opptre som en rasjonelt handlende person” (Wyller, 1996, s.147). Det mest kjente kategoriske imperativ til Kant er formuleringen: ”Alltid handle bare gjennom den maksime gjennom hvilken du samtidig kan ville at den skal bli en allmenn lov” (Kant, 1983 [1785], s.40). En annen formulering av det kategoriske imperativ sier ”Handle slik at du alltid bruker menneskeheten både i din egen og enhver annen person samtidig som et formål og aldri bare som et middel” (Kant, 1983 [1785], s.46). Ifølge Fjelland og Gjengedal (2000) ligger det i denne formuleringen et implisitt krav om å respektere andre fornuftsvesener. Dette er videre grunnlaget for **autonomiprinsippet** i medisinsk etikk. Dette prinsippet er en norm for å respektere autonome persons beslutningsevne (Ruyter et al., 2007).

Likebehandlingsprinsippet i medisinsk etikk har også et pliktetisk budskap: Likt skal behandles likt. Ulik behandling av to personer eller tilfeller skal kunne begrunnes med at det er relevante forskjeller (Fjelland & Gjengedal, 2000).

2.2 Utilitarisme (Konsekvensetikk)

En sentral tenker innenfor klassisk utilitarisme (av latinsk utilitas=nytte) er Bentham (1748-1842) (Henriksen & Vetlesen, 1996). I **utilitarismen** identifiseres en handlings etiske verdi med dens **nytteverdi** som videre igjen er identisk med den mengden goder den bidrar til å realisere (Wyller, 1996). En finner med andre ord selve kriteriet for gode og ønskelige handlinger i konsekvensene, i hvor stor grad de er ”nyttige” eller ikke. En skal foreta valg etter det som er til nytte/gagn for flest mulig. Ut ifra et utilitaristisk ståsted er ”en handling eller en regel etisk sett riktig hvis den frembringer en større mengde lykke enn de aktuelle alternativene – alle partene tatt i betraktning” (Johansen & Vetlesen, 1996, s.239). Siden utilitarismen setter fokus på at det kun er konsekvensene som teller ved vurderingen av en handling eller en regels etiske riktighet, kan en si at utilitarismen er en strikt konsekvensialistisk etisk teori (Johansen & Vetlesen, 1996). En annen betegnelse for utilitarisme er konsekvensetikk. Denne betegnelsen vil bli brukt videre i oppgaven. Konsekvensetikken er en sentral etisk teori innen helsefag da den i stor grad uttrykkes i sosial – og helsepolitikken ved at den legger premisser for vedtatte prioriteringer i dagens

helsevesen (Henriksen & Vetlesen, 2006). Gjennom den såkalte ”Lønning I-rapporten” (NOU 1987: 23), fikk Norge etablert nasjonale retningslinjer for prioritering i helsetjenesten. Disse ble videre utarbeidet i Lønning II-utvalget i innstillingen ”Prioritering på ny” i mai 1997 (NOU 1997: 18). Dette utvalget pekte på tre kriterier/vilkår som alle må være oppfylt for at et tiltak/behandling skulle bli prioritert:

- At tilstanden er alvorlig nok
- At behandlingen har en forventet nytte
- At kostnadene ved behandlingen bør stå i et rimelig forhold til tiltakets nytte

(NOU 1997: 18)

Her står konsekvensetisk tenkning sentralt, da forventet nytte og kostnader utgjør vesentlige kriterier. I 2000 ble disse prioriteringskriteriene inkludert i forskriftene til Pasientrettighetsloven (1999). Denne loven er til for å sikre pasientrettigheter og er et eksempel på hvordan etisk teori står bak lovverket.

2.3 Relasjonsetikk

Relasjonsetikken har vært særlig aktualisert innen sykepleierfaget ved blant annet sykepleier og filosof Kari Martinsen (2003a; 2003b; 2012), men også mer generelt innen profesjoner hvor man arbeider med mennesker (Botnen Eide, Grelland, Kristiansen, Sævareid & Aasland, 2011; Henriksen & Vetlesen, 2006). Filosofene Løgstrup (1905-1981) og Levinas (1905-1995) er begge sentrale tenkere innenfor relasjonsetikken. Ifølge Løgstrup overser en regel – og prinsipporientert etikk at det er noe bakenfor som ligger til grunn for reglene og prinsippene (Løgstrup, 1999 [1959]). Han ønsket med sin etiske tenkning å flytte oppmerksomheten fra kalkulering av konsekvenser og refleksjon omkring normer og prinsipper over til våre livsvilkår slik de er, og slik vi erfarer dem (Botnen Eide et al., 2011). I **relasjonsetikken** tar man utgangspunkt i at det er i selve relasjonen, i forholdet mennesker i mellom, vi møter kravet om å opptre moralsk. Dette kravet kalte Løgstrup ”den etiske fordring”. Ifølge Løgstrup har vi innvirkning og innflytelse på hverandre; vi ”setter farge på hverandres tilværelse”. Vi kan ikke møte en annen ”uten å holde noe av den andres liv i våre hender” (Løgstrup, 1999 [1959]). Det av den andres liv vi ”holder i vår hånd”, kan vi ivareta eller forspille. Det ligger altså et etisk krav, en etisk fordring om ivaretagelse av den andre i møtet. Ifølge Aasland (2011) hevder Levinas at den etiske fordringen stammer fra og utstedes

av den andres ansikt. Ansvar er altså noe som oppstår i møte med den andres ansikt. ”Den som fordringen om ansvar og ivaretagelse er for, er ett med den som fordringen springer ut av: den andre ” (Henriksen & Vetlesen, 2006, s. 223).

I relasjonsetikken er det ikke mulig å skille mellom *er* og *bør* i en bestemt situasjon. Det er situasjonen i seg selv som er ladet. Det er noe som står på spill. Dette innebærer en forståelse av at det i situasjonen i møtet med den andre kreves noe av oss som ikke kan sees eller fortolkes i lys av regler eller prinsipper (Botnen Eide & Skorstad, 2008; Løgstrup, 1999 [1959]).

2.4 Moralsk stress

”Moralsk stress” er som nevnt et mye brukt og utforsket begrep innenfor sykepleien. Jameton (1984) introduserte begrepet ”moralsk stress” som det som oppstår når man vet den rette tingen å gjøre, men institusjonelle hindringer gjør det nærmest umulig å etterfølge den riktige retningen i handlingen. Wilkinson (1988) så moralsk stress i et mer individuelt perspektiv som den psykologiske ubalansen og den negative følelsen som oppstår når en person gjør en moralsk avgjørelse men likevel ikke utfører den moralske handlingen som ble indikert i avgjørelsen. Ifølge Källemark, Höglund, Hansson, Westerholm og Arnetz (2004) er moralsk stress den type stress som er relatert til etiske dilemmaer. Arbeidet til Källemark et al. (2004) er et av få arbeider som handler om erfaringene i forhold til moralsk stress for andre helsepersonell enn sykepleiere. Källemark et al. (2004) mener at helsepersonell erfarer moralsk stress også i situasjoner hvor en ikke nødvendigvis vet den rette tingen å gjøre, men at det også kan oppstå i situasjoner hvor en er usikker.

Denne studiens problemstilling tar for seg fysioterapeuters erfaringer med etiske dilemmaer i arbeidet med eldre, skrøpelige slagpasienter. Videre i oppgaven følger først metodekapitlet hvor det legges frem hvordan jeg har gått frem for å finne materialet og resultater. Resultatene presenteres i resultatkapitlet. Deretter drøftes de videre opp mot aktuell teori og tidligere forskning i diskusjonskapitlet før oppgaven avrundes i et avslutningskapittel.

3. METODE

3.1 Valg av forskningsdesign

Hovedinteressen i denne studien er å få frem fysioterapeuters erfaringer med etiske dilemmaer i arbeidet med eldre, skrøpelige slagpasienter. For å få tilgang til disse har jeg valgt å bruke kvalitativ metode, nærmere bestemt semistrukturert livsverdensintervju. Ifølge Kvale og Brinkmann (2009, s.47) brukes denne typen intervju når tema fra dagliglivet skal forstås ut fra intervjupersonens eget perspektiv. Intervjumaterialet blir sett på som en speiling av intervjupersonens tanker og erfaringer, og hvordan intervjupersonen oppfatter forskeren (Thagaard, 2003). Samtidig må datamaterialet sees i sammenheng med den forforståelsen forskeren bringer med seg inn i prosjektet (Thagaard, 2003). Med andre ord påvirker forskerens teoretiske utgangspunkt og datamaterialet hverandre.

I denne studien brukes fenomenologi og hermeneutikk som vitenskapsteoretiske fortolkende retninger. I fenomenologien søkes det å oppnå en forståelse av den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer ved å ta utgangspunkt i den subjektive opplevelsen (Thagaard, 2003). Forskeren skal strebe etter å forstå fenomener på grunnlag av intervjupersonenes perspektiv for så å beskrive omverdenen slik den erfares av intervjupersonene (Thagaard, 2003). I hermeneutikken fremheves betydningen av å fortolke menneskers handlinger gjennom å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart innlysende (Thagaard, 2003). Hermeneutikken var opprinnelig knyttet til tekstfortolkninger. I dette prosjektet tolkes intervjutekster. Sentralt står også forståelse av delene i lys av helheten. Denne tolkningen kan sees på som en dialog mellom forsker og tekst, hvor forskeren fokuserer på meningen teksten formidler (Thagaard, 2003).

3.2 Utvalg

For å få et rikt materiale, men samtidig holde meg innenfor oppgavens grenser, valgte jeg i utgangspunktet å basere meg på et strategisk utvalg med tre til fire fysioterapeuter som arbeider ved forskjellige slagenheter eller subakutte rehabiliteringsavdelinger på sykehus. De måtte ha arbeidet som fysioterapeuter i minimum ti år og ha erfaring med arbeid med skrøpelige, eldre slagpasienter. På grunn av oppgavens tema og få intervjupersoner var det viktig å finne intervjupersoner som kunne samtale og reflektere aktivt om temaet. Derfor valgte jeg å ha et strategisk utvalg. Jeg sendte mailet sjefsfysioterapeuter på tre sykehus om forslag til eventuelle kandidater. Jeg tok også direkte kontakt med aktuelle kandidater som jeg

visste om fra tidligere. Totalt ble fem personer ved fem forskjellige sykehus spurt om å delta. En av dem ble opprinnelig spurt om å delta i prøveintervju. Alle fylte kriteriene for å delta, og alle samtykket først per mail. Skriftlig samtykke ble hentet inn samtidig med at intervjuene ble gjennomført. Intervjupersonene er alle norske, kvinnelige fysioterapeuter i alderen 44-57 år. De arbeider ved ulike sykehus i ulike deler av Norge. Tre av dem arbeider på akutt slagenhet, mens to arbeider på subakutt rehabiliteringsavdeling.

3.3 Tilvirkning av data

For å få tilgang på data gjennom å fokusere på intervjupersonenes opplevelse av emnet, ble det brukt et semistrukturert intervju (Kvale & Brinkmann, 2009, s.45). Intervjuet ble utført i overensstemmelse med en intervjuguide (vedlegg 1). I arbeidet med intervjuguiden, ble blant annet en intervjuguide fra en kanadisk studie om fysioterapeuter og etiske dilemmaer benyttet som utgangspunkt (Finch et al., 2005). I intervjuguiden var hovedtema og forslag til spørsmål fastlagt på forhånd, men rekkefølgen av temaene ble bestemt underveis i hvert enkelt intervju. Slik kunne jeg som forsker følge intervjupersonens fortelling, men samtidig få informasjon om de tema som jeg på forhånd hadde identifisert som viktige. Jeg var også åpen for at intervjupersonen kunne ta opp tema som jeg ikke hadde tenkt på i forkant.

Før prosjektstart ble det utført et prøveintervju for å prøve ut intervjuguiden og meg som intervjuer. Det tok litt tid før vi kom inn på hovedtemaet, og det virket som om noen av spørsmålene i starten av intervjuet kom for tidlig. Intervjupersonen tok etter hvert også opp et tema som jeg ikke hadde tenkt på, men som jeg ønsket å ta med videre i de neste intervjuene. Derfor ble oppsettet i intervjuguiden justert noe før de neste intervjuene. Etter å ha gjort et prøveintervju og fire intervju av fysioterapeuter som alle fylte kriteriene for deltakelse, ble det tydelig at innholdet i prøveintervjuet var interessant å ta med videre da det ville berike materialet ytterligere. Etter avklaring med veileder og intervjupersonen i prøveintervjuet ble det valgt å inkludere prøveintervjuet i det videre arbeidet.

Intervjuene ble gjennomført på intervjupersonenes arbeidsplasser i perioden mai - september 2011. På forhånd hadde jeg avtalt at de ordnet det praktiske i forhold til reservasjon av et rom hvor vi kunne sitte uforstyrret. Før intervjuene startet informerte jeg igjen om studiets hensikt. Deretter ble intervjupersonen bedt om å fortelle litt om sin utdanning og arbeidserfaring. Ifølge Thagaard (2003) kan dette være en betryggende måte å starte et intervju på før man går inn på selve temaet. Så gjennomgikk jeg begrepsavklaring av begrepene ”etiske dilemmaer”

og ”skrøpeligheit” hvor jeg leste fra prosjektbeskrivelsen. Dette var for å sikre meg om at fysioterapeutene hadde forstått disse begrepene før vi gikk nærmere inn på temaet.

Hvert intervju varte i 1 time. Dette ble valgt av praktiske årsaker, men også for å få mest mulig like forhold for hvert intervju. Intervjuene ble tatt opp på båndopptaker. Jeg skrev noen korte notater underveis i intervjuet, men erfarte fort at dette forstyrret meg og påvirket min oppmerksomhet. Derfor valgte jeg å konsentrere meg mest mulig om å lytte og stille spørsmål, og heller skrive et kort refleksjonsnotat fortløpende etter hvert intervju. Under intervjuene viste det seg at flere av intervjupersonene tok opp problemstillinger som omhandlet andre pasientgrupper enn eldre, skrøpelige slagpasienter. I disse tilfellene lot jeg fysioterapeuten snakke noe rundt temaet, for så å spørre om dette også gjaldt eldre, skrøpelige slagpasienter, eller om de videre kunne holde seg til denne pasientgruppen. Vedrørende forskningsresultatene pålitelighet ser jeg i etterkant at jeg blant annet av og til kunne ha spurt enda grundigere om informantenes meninger om tema de snakket om for dermed å få enda dypere beskrivelser av deres erfaringer. Samtidig er det ifølge Thagaard (2003) ikke lett å vite hvor nærgående en kan være som intervjuer når det gjelder å utdype de enkelte tema. Da jeg i tillegg hadde en del tema å dekke, valgte jeg å styre intervjuet videre til neste tema når jeg i intervjusituasjonen mente jeg hadde fått grundig nok informasjon. Gjennom alle fem intervjuene opplevde jeg som intervjuer at det oppsto en tillitsfull dialog og forståelse mellom intervjupersonene og meg. Intervjupersonene bidro med fyldige svar, og de gav flere ganger beskjed når det var spørsmål de oppfattet som utydelige.

Jeg transkriberte intervjuene selv like etter hvert intervju. Fordelen med å gjøre transkripsjonen selv er at en får gjenopplevd møtet med intervjupersonen og fortsette tolkningen som starter allerede i intervjusituasjonen (Dalland, 2007). Alt som ble sagt, ble transkribert. Nonverbal kommunikasjon foruten latter og gråt, ble ikke notert. Underveis har jeg også ført logg på hvor langt jeg har kommet i prosjektarbeidet, ulike tanker om det jeg gjør og hvordan jeg skal fortsette. Loggføringen har vært viktig for å strukturere arbeidet gjennom hele oppgaveprosessen.

3.4 Analyse

Siden kvalitativ forskning har et fortolkende perspektiv, skal analysen føre frem til en helhetlig forståelse av dataenes meningsinnhold (Dalland, 2007; Thagaard, 2003). For å få til dette må dataenes enkelte deler studeres i forhold til den helheten de er en del av (Thagaard, 2003). Analysen starter allerede i intervjusituasjonen. Der ble det tilstrebet å fortolke og få

bekreftet at jeg forsto meningen i utsagnene underveis. Dette ble blant annet gjort ved å stille bekreftende spørsmål der jeg var usikker på hva intervjupersonen egentlig mente.

Etter å ha utført alle intervjuene og transkribert dem, ble intervjuene gjennomlest samtidig som jeg hørte på båndopptakeren. Hovedtema og inntrykk for hvert intervju og for intervjuene samlet ble notert. Dette ble gjort for å skape et mer helhetlig inntrykk av materialet før det grundigere analysearbeidet skulle startes.

I selve analysearbeidet av tekstenes innhold ble det jobbet med et og et intervju hver for seg. Det ble laget en matrise (vedlegg 2) hvor hele intervjuteksten ble delt inn i nummererte, meningsbærende enheter. Etter å ha delt hele teksten inn i meningsbærende enheter ble hver enkelt meningsbærende enhet analysert videre hver for seg. Først ble det foretatt en meningsfortetting ved å sammenfatte enhetens sentrale tema og gjøre dette så enkelt og klart som mulig. Deretter ble det sett på enhetens "egentlige mening" eller hva som blir sagt mellom linjene. Her ble det tatt utgangspunkt i at en som forsker ønsker å ha en perspektivistisk subjektiv rolle (Kvale & Brinkmann, 2009). Det oppstår når en som forsker velger ulike perspektiver og stiller ulike spørsmål til den samme teksten (Kvale & Brinkmann, 2009). I denne kolonnen tillot jeg meg å tolke hva intervjupersonen egentlig kunne mene med de vesentlige, meningsbærende enhetene. Jeg stilte retoriske spørsmål om dette for å ha flere perspektiver når jeg skulle gå tilbake til materialet og knytte dette opp mot teori. Dette kan også knyttes til fenomenologisk tilnærming siden analyseprosessen er orientert mot tekstens betydningsforhold (Thagaard, 2003). Deretter ble det funnet en subkategori og en hovedkategori for enheten. Jeg prøvde ved koding og kategorisering å finne begreper som kunne indikere innholdet i hver enhet. I koding er siktemålet er å fremheve sentrale tema i intervjuteksten (Thagaard, 2003). Det gjøres ved å knytte ett eller flere nøkkelord til et tekstavsnitt for senere å kunne identifisere en uttalelse (Kvale & Brinkmann, 2009). I kategorisering foregår det en systematisk konseptualisering av et utsagn. Dette gir igjen mulighet for kvantifisering (Kvale & Brinkmann, 2009). Kodingen av materialet var datastyrt siden analysen ble startet uten koder. Disse ble utviklet under analysearbeidet.

Etter å ha gjennomført kodingen for hele intervjuet, ble hovedkategoriene sortert. Jeg så på type hovedkategorier, antall og hvilke tema som dominerte i hvert enkelt intervju. Da dette var gjort, startet analysen av neste intervju. Jeg valgte å analysere hvert enkelt intervju hver for seg uten å se etter sammenhenger før analysene av alle intervjuene var ferdige. Dette gjorde jeg for å være mest mulig åpen for at nye kategorier og tema kunne dukke opp.

Så startet arbeidet med å se på intervjuene samlet. Hvert intervju hadde mellom 102 og 124 meningsbærende enheter. I hvert enkelt intervju var det flere meningsbærende enheter som omhandlet samme hovedkategori. Hvert intervju hadde totalt mellom 13 og 17 hovedkategorier. Jeg laget en matrise hvor jeg satt inn hovedkategoriene fra hvert intervju (vedlegg 3). Jeg laget en kolonne for hvert intervju og antall ganger hovedkategorien var brukt i hvert enkelt intervju ble notert. Slik fikk jeg en samlet oversikt over antall ganger de ulike hovedkategoriene ble nevnt i de ulike intervjuene. Totalt var det 39 ulike hovedkategorier.

Deretter så jeg nærmere på hvilke hovedkategorier i materialet som kunne tilhøre samme tema (vedlegg 4). Jeg brukte farge for å sortere ut ulike tema. Følgende seks tema ble identifisert: ”Den eldre, skrøpelige slagpasienten”, ”motivasjon”, ”prioritering, ressurser og organisering”, ”roller og makt”, ”fokus på etikk i arbeidshverdagen” og ”samarbeid” (vedlegg 4). Etter å ha sett nærmere på disse temaene i analysen, endte jeg med en identifikasjon av tre hovedtema:

1. Ethiske dilemmaer i møtet med eldre, skrøpelige slagpasienter
2. Ethiske dilemmaer knyttet til systemiske faktorer
3. Ethiske dilemmaer knyttet til roller og makt

Temaene handler om etiske dilemmaer knyttet til henholdsvis fysioterapeutens møte med eldre, skrøpelige slagpasienter, systemiske faktorer og roller og makt. Vedlegg 5 gir en oversikt over hovedtemaene samt deres undertema.

I denne studien har jeg valgt å fokusere på fysioterapeutenes erfaringer innen hovedtema 1 og 2. Jeg har altså valgt å ikke gå nærmere inn på hovedtemaet ”Ethiske dilemmaer knyttet til roller og makt”. Årsaken til dette er at de to valgte temaene i hovedsak inneholder materialet som svarer på oppgavens problemstilling. Dersom jeg hadde valgt å inkludere det tredje hovedtemaet ville det ha ført med seg ytterligere teori og materiale til fortolkning og drøfting. Dette ville totalt sett ha blitt for omfattende i forhold til oppgavens omfang.

3.5 Skriveprosessen

Gjennom hele arbeidet har det som nevnt blitt ført notater og logg i et eget dokument. Selve skriveprosessen startet mens jeg holdt på med analysen. Resultatene ble skrevet ut ved å gå inn i matrixene og hente ut de meningsbærende enhetene som angikk det aktuelle undertemaet inkludert den videre analyse av hver enkelt enhet. Alt vedrørende et undertema ble samlet i et

dokument. Så hentet jeg ut de sitatene som jeg mente beskrev temaet på en best mulig måte. Jeg har prøvd å ta ut sitater som viser både likheter og ulikheter ved materialet. Underveis i prosessen har det flere ganger vært nødvendig å gå tilbake til teksten fra transkripsjonene for å se på helheten. Skriveprosessen har vært en kontinuerlig prosess hvor jeg har gått frem og tilbake mellom materiale, teori og det jeg har skrevet for å se etter nye sammenhenger og tolkninger. Med andre ord kan arbeidet sies å være preget av en hermeneutisk sirkel hvor de ulike prosessene har påvirket hverandre gjensidig (Gulddal & Møller, 1999).

Diskusjonskapitlet har blitt til underveis. Der har jeg forsøkt å knytte resultatene nærmere opp mot teori og tolkninger for å belyse funnene ytterligere.

3.6 Etiske betraktninger i forhold til prosjektet

Prosjektet ble søkt til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) i juni 2011, og det ble gitt tillatelse til lagring av persondata (vedlegg 6). Informasjonsskriv (vedlegg 7) og samtykkeskjema (vedlegg 7) ble sendt ut på mail sammen med spørsmål om deltakelse i prosjektet til alle intervjupersonene. Først samtykket intervjupersonene på mail, mens det skriftlige samtykket ble innhentet i forkant av intervjuene. Intervjupersonene fikk både skriftlig og muntlig beskjed om at de til enhver tid hadde rett til å avbryte sin deltakelse i prosjektet. Underveis i prosessen har jeg kontinuerlig tilstrebet å ta hensyn til intervjupersonenes vurderinger, motiver og selvrespekt (Thagaard, 2003). Som forsker har jeg forsøkt å vise teoretisk bredde ved å representere og tydeliggjøre både intervjupersonenes selvforståelse men også min egen tolkning som forsker (Thagaard, 2003). For å sikre konfidensiell behandling av opplysningene, har teksten blitt utformet slik at intervjupersonenes identitet tilsløres. Der det kommer frem episoder og beskrivelser ifra klinisk praksis, har dobbel anonymisering blitt ivaretatt. Dette vil si at både intervjuperson og jeg som forsker har anonymisert fortløpende. Intervjupersonene fikk informasjon om dette i forkant av intervjuet.

3.7 Andre metodiske overveielser

Andre metodiske overveielser i denne studien presenteres her i forhold til utvalg, intervjusituasjonen, intervjuerens posisjon i forhold til intervjupersonene og pålitelighet og gyldighet.

3.7.1 Utvalg

Ifølge Thagaard (2003) bør ikke antall intervjupersoner i kvalitative utvalg være større enn at det er mulig å gjennomføre dybdeanalyser. Utvalget kan betraktes som stort nok når studier av flere enheter ikke synes å gi ytterligere forståelse av de fenomenene som studeres (Thagaard, 2003). I denne studien valgte jeg å inkludere materiale fra alle fem intervjuene videre i prosessen da jeg så at de hver for seg bidro med nye perspektiver på temaet samtidig som de utfylte hverandre. Et enda større utvalg vil kunne ha ført til en bredere forståelse, men det ville blitt for omfattende i forhold til omfanget av denne studien.

Selv om alle intervjupersonene passet inn under inklusjonskriteriene for studiet, var det en av fysioterapeutene som arbeidet på en spesialisert rehabiliteringsavdeling hvor det underveis i intervjuet kom frem at eldre, skrøpelige slagpasienter som regel ikke ble prioritert til rehabilitering. I etterkant ser jeg at jeg nok kun burde ha inkludert fysioterapeuter som arbeider ved akutt slagenhet eller rehabiliteringsavdeling hvor de arbeidet med den aktuelle pasientgruppen til daglig. Dette for å få best mulig tilgang til fysioterapeuter som arbeider med den aktuelle pasientgruppen. Likevel valgte jeg å ta med materialet fra dette intervjuet da det gav et bredere perspektiv til det totale materialet og siden fysioterapeuten oppfylte de opprinnelige inklusjonskriteriene for denne studien.

Det kan være et minus at det kun er kvinner og ingen menn som er intervjuet. Jeg fikk for øvrig ingen forslag om mannlige kandidater. Siden jeg ikke hadde beskrevet at jeg måtte ha lik kjønnsfordeling i inklusjonskriteriene, var det for denne studien ikke nødvendig å lete etter mannlige informanter. Likevel kan det være sannsynlig at bidrag fra en mannlig informant ville kunne ha beriket materialet ytterligere.

3.7.2 Intervjusituasjonen

I intervjuguiden hadde jeg fastlagt noen hovedtema på forhånd som jeg mente var viktige for å kunne belyse temaet i prosjektet. Fordelen med å bruke en slik type intervjuguide kan blant annet være at en hjelper intervjupersonen i gang med å snakke om de ulike temaene (Kvale & Brinkmann, 2009). En ulempe kan være at intervjupersonen lett kan la seg styre av temaene, og dermed ikke komme på andre aktuelle tema. Underveis i intervjuet ble det likevel prøvd å ivareta at nye tema kunne bli tatt opp ved å spørre videre spørsmål når intervjupersonen tok opp nye emner, og ved å spørre om intervjupersonene hadde flere kommentarer i slutten av intervjuene.

3.7.3 Intervjuers posisjon i forhold til intervjupersonene

Thagaard (2003) fremhever at den personlige kontakten som oppnås mellom intervjuer og intervjuperson i intervjusituasjonen er et metodisk poeng i seg selv. Utviklingen av intervjuet er både avhengig av reaksjonen forskeren har i forhold til informanten, og omvendt (Thagaard, 2003). Under intervjuene tilstrebet jeg kontinuerlig å etablere en tillitsvekkende intervjusituasjon. Det å forske innenfor eget fagfelt kan også ha implikasjoner for forskningsresultatene. Min forforståelse kan her ha hindret meg i å se temaet og resultatene fra andre ståsteder. Samtidig kan det at en allerede har kunnskap og erfaring om en arbeidshverdag som kan likne på intervjupersonene sin arbeidshverdag, føre til at den sosiale avstanden mellom meg som forsker og intervjupersonene ble redusert (Thagaard, 2003).

3.7.4 Pålitelighet og gyldighet

Pålitelighet handler om i hvor stor grad prosjektet er utført på en tillitsvekkende måte. Dette knytter seg både til kvaliteten på den informasjonen prosjektet baserer seg på og vurderinger av hvordan forskeren anvender informasjonen fra felten (Thagaard, 2003). For eksempel viser transkripsjonene av de ulike intervjuene at jeg av og til kommer med ledende spørsmål. Dette var ikke en del av intervjuguiden, men oppstod nok ubevisst i intervjusituasjonen. Dette kan ha påvirket svarene i retning av min egen forforståelse og tanker om temaet som har blitt tatt opp til tross for at jeg gjennom hele prosessen har prøvd å ha intervjupersonenes stemmer i fokus (Kvale & Brinkmann, 2009). Gyldighet handler om kvaliteten i de tolkningene som gjøres, og om den forståelsen det enkelte prosjekt fører til støttes av annen forskning (Thagaard, 2003). Gyldighet kan styrkes ved at en vektlegger gjennomskiktighet i analyseprosessen (Thagaard, 2003). For å etterstrebe pålitelighet og gyldighet i forskningen har jeg tilstrebet å gi en grundig redegjørelse for de ulike trinnene i forskningsprosessen.

4. RESULTATER

I resultatkapitlet presenteres data fra de to hovedtemaene; ”Ethiske dilemmaer knyttet til systemiske faktorer” og ” Ethiske dilemmaer i møtet med eldre, skrøpelige slagpasienter”. Begge er delt opp i fire undertema som presenteres hver for seg. I presentasjonene av de ulike temaene er det fysioterapeutenes opplevelser og erfaringer omkring tematikken som står i fokus. Disse er søkt tydeliggjort gjennom bruk av sitater fra transkripsjonstekstene. Noen av sitateksemlene er blitt redigert ved at små ord som etter min mening ikke har hatt betydning for den videre sammenhengen, er fjernet. Dette er markert med (...). Ellers blir sitatene presentert i sin opprinnelige form. Resultatene tolkes og knyttes opp mot noe teori i dette kapitlet. Deretter blir de knyttet ytterligere opp mot teori og drøftet nærmere i diskusjonskapitlet.

4.1 Ethiske dilemmaer knyttet til systemiske faktorer

Materialet i denne studien viser at fysioterapeutene i stor grad er opptatt av hvilke føringer systemet setter for deres arbeid med eldre, skrøpelige slagpasienter og pasienter generelt, og hvilke etiske dilemmaer dette kan medføre. Temaet er delt inn i følgende undertema; ”Interne forhold, prioritering og ressurser”, ”Prioritering og ressurser ved utskrivelse”, ”Er det fokus på etikk i arbeidshverdagen?” og ”Samarbeid”

4.1.1 Interne forhold, prioritering og ressurser

Ethiske dilemmaer i forhold til prioriteringer og ressurser er et tema som belyses av alle fysioterapeutene. Vesentlige tema som kommer frem, er:

- a) Usikkerhet vedrørende hvilke pasienter en skal prioritere
- b) Tid til å prioritere de eldre skrøpelige slagpasientene
- c) Arbeidspress og hvordan det påvirker klinisk praksis

En av fysioterapeutene snakker om at når det er mye å gjøre, og hun er den eneste fysioterapeut på jobb, blir konsekvensene at noen pasienter ikke blir prioritert:

”Og det er klart når du har, hvis sånn som nå som jeg er alene på jobb og nå er det heldigvis ikke så travelt, men hvis det hadde vært det, så er det jo faktisk ganske mange jeg må si at ”Nei, deg kan ikke jeg komme til” eller ”Jeg kan bare se deg en

gang i dag". Så det er jo et sånt dilemma vi kommer opp i hele tida som fysioterapeuter synes jeg." (2.95)

Fysioterapeutene opplever dilemmaer i forhold til å ha en arbeidshverdag hvor fysioterapiressursene er begrenset i forhold til pasientenes behov. Denne fysioterapeuten sier først at dette skjer når hun er alene på jobb, men senere i samme sitat gir hun uttrykk for at hun opplever dette dilemmaet hele tiden. Den samme fysioterapeuten peker på hvordan dette har med ressurser og ledelse å gjøre, og at fysioterapeutene selv må gjøre prioriteringsjobben. Stadig må pasienter nedprioriteres. Det kan være utfordrende å skulle nedprioritere pasienter for trening:

"Og det der blikket du får på deg som følger deg med "Når skal jeg trene?" "Når skal jeg trene?" (...)Den kan være litt vond den. For det at du gjør så godt du kan. Men noen ganger er det bare ikke mulig." (2.99)

Fysioterapeuten prøver å innse og godta at hun ikke alltid klarer å rekke over, samtidig som hun innrømmer at hun likevel erfarer en vond følelse. Den vonde følelsen oppstår særlig i det fysioterapeuten møter blikket til den nedprioriterte pasienten som ønsker å trene. Dette kan være et eksempel på hvordan fysioterapeuten møter den etiske fordringen nettopp i den andres blick (Løgstrup, 1999 [1959]; Aasland, 2011). Dette blir nærmere drøftet i diskusjonskapitlet.

Fysioterapeutene peker på at det er vanskelig å prioritere de aller skrøpeligste pasientene som har dårlig prognose i en akutt avdeling hvor det stadig kommer inn nye pasienter. Dette kan tolkes som om fysioterapeutene her tenker konsekvensetisk: å gjøre det som er til nytte for flest mulig (Wyller, 1996), noe som også vil bli drøftet videre i diskusjonskapitlet. En fysioterapeut snakker om at de aller skrøpeligste slagpasientene som kommer fra sykehjem, ikke engang blir søkt til spesialisert rehabilitering på sykehuset. Hun peker på hvordan systemet ser an pasientens ressurser versus sykehusets ressurser i prioriteringsspørsmålet, og mener at økonomi spiller en vesentlig rolle i dette:

"Det har noe med komplisert rehabilitering og hvor mange faggrupper som skal inn og hvor mye tjener vi på det. Jeg opplever det sånn. Og så må jo jeg og innse at økonomi spiller en rolle. Jeg må være såpass realistisk."(3.52)

Dette eksemplet synliggjør nettopp hvordan helsesystemets prioriteringer styres av økonomi, og at fysioterapeuten prøver å innrette seg etter dette. Når pasienten allerede har en plass på

sykehjemmet, vil det økonomisk sett ikke være så mye å hente i en rehabilitering av pasienten. Dette fordi pasienten sannsynligvis også vil være avhengig av sykehjemsplassen etter endt rehabilitering. Ut fra en konsekvensetisk tenkning kan en her forsvare at pasienten nedprioriteres fordi andre vil ha bedre nytte av hjelp. Samtidig kan en her likevel tenke seg at det for selve pasienten ville vært nyttig med rehabilitering for å oppnå en så optimal funksjon som mulig. Dette ville kunne bringe med seg økonomiske fordeler i at pasienten ville bli en lettere pleiepasient og kreve færre pleieressurser. Dette vil igjen kunne føre til økt pleie for andre pasienter og dermed være til nytte for flest. En slik begrunnelse vil også være konsekvensetisk, da den også vektlegger hva som er til nytte for flest mulig (Wyller, 1996). Dette viser både hvor utfordrende og vanskelig det kan være å bedømme hva som til enhver tid vil være mest gunstig økonomisk, og at ulike begrunnelser kan forsvares konsekvensetisk.

Felles for flere av fysioterapeutene er at de nedprioriterer de skrøpeligste og mest umotiverte pasientene når det er mye å gjøre. En av fysioterapeutene snakker om at pasientene blir prioritert så lenge fysioterapeuten og resten av det tverrfaglige teamet ser at det er noe ”å hente”. Samtidig peker hun på følgende dilemma:

”Men det er klart at det med prioriteringer alltid er et dilemma. For det er klart at alle som har fått et slag, de vil jo gjerne, eller de fleste som har fått et slag vil jo gjerne trene.” (2.94)

En fysioterapeut påpeker at det er fremgang som avgjør om pasienten blir prioritert til rehabilitering eller ikke. Svært skrøpelige slagpasienter som har vært sengeliggende fra før, blir ofte ivaretatt av pleierne. Da er fysioterapeutenes oppgave å sørge for god informasjon til pleierne. Sånt sett kan en tenke seg at fysioterapeutene ”sparer” seg for en følelse av moralsk stress ved at de sørger for at pasienten blir ivaretatt gjennom sykepleierne og aksepterer at dette er godt nok.

En annen intern faktor som nevnes av flere av fysioterapeutene, er det å ha **tid** til å rehabiliterer de eldre, skrøpelige slagpasientene. En av fysioterapeutene snakker om hvordan hun arbeider i en avdeling hvor hun føler det er tradisjon for å ha nok rom og tid for å vente på at den eldre, skrøpelige slagpasienten skal bli klar for rehabilitering. En av de andre fysioterapeutene fremhever hvor viktig det er å unngå for rask utskrivelse av multisyke eldre pasienter for å unngå at de kommer raskt tilbake igjen på sykehuset. Hun snakker om hvor viktig det er å gi tid til å rehabiliterer de eldre, skrøpelige slagpasientene og om hvordan avdelingen hun jobber på er positiv i forhold til å se pasientens potensial. Samtidig snakker

hun om hvordan fysioterapeutene ”kjemper” mot krefter i sykehuset for mer tid til rehabilitering av pasientene:

”Vi sa at ”Ja, men pasienten må få litt bedre tid”. Man kjemper jo alltid imot krefter på sykehuset som sier at ”Ja, men nå har de vært så lenge, nå skal de ut”. (1.29)

Vi ser altså her at selv om fysioterapeuten opplever at avdelingen hvor hun arbeider har fleksibilitet og rom for rehabilitering av skrøpelige, eldre slagpasienter, så erfarer hun til stadighet å måtte kjempe for at pasientene skal kunne få bli lenger. Selv om fysioterapeuten og avdelingen generelt kan være enige i pasientens behov, setter likevel sykehussystemet premissene for å få pasientene raskt ut, noe som kan knyttes til økonomiske kalkuleringer og konsekvensetiske begrunnelser.

Materialet viser i det hele at fysioterapeutene opplever ulike etiske dilemmaer som kan knyttes til interne systemiske faktorer i forhold til prioritering av arbeidet med eldre, skrøpelige slagpasienter. Fysioterapeutenes erfaringer kan tyde på at det ofte er **de eldre, skrøpelige slagpasientene som blir nedprioritert når det er mye å gjøre**, selv om det er disse pasientene som ofte trenger mest tid for i det hele tatt å komme seg. Denne tiden kan synes å variere på de ulike avdelingene, avhengig av faktorer som økonomi, ledelse og kultur. Det synes videre som om disse premissene som er satt av systemet, kan forsvares innenfor en konsekvensetisk tenkning (Ruyter et al., 2007; Wyller, 1996). Samtidig er fysioterapeutene opptatt av det relasjonsetiske perspektivet i møtet med selve pasienten og følgene dette har (Henriksen & Vetlesen, 2006; Løgstrup, 1999 [1959]; Aasland, 2011). Disse forholdene vil bli drøftet nærmere i diskusjonskapitlet.

4.1.2 Prioritering og ressurser når pasienten skal skrives ut

Fysioterapeutene erfarer også ulike typer etiske dilemmaer i forbindelse med at pasienter skal skrives ut. Flere av dem snakker om ”å sende dilemmaet videre”. Dette skjer for eksempel når fysioterapeuten på sykehuset overlater beslutningen om pasienten bør prioriteres videre ute i kommunetjenesten eller ikke, til kommunefysioterapeuten. Dette kan for eksempel oppstå når en er usikker på pasientens videre rehabiliteringspotensiale. En av fysioterapeutene beskriver dette dilemmaet på følgende måte:

”Hva er viktig å gjøre da i forhold til å henvise videre? Skal jeg da ta avgjørelsen her? På at denne pasienten lar vi vær å henvise videre, eller at du sender signaler til fysioterapeuten i kommunen om at dette er en pasient som kan nedprioriteres? Eller

bør jeg på en måte stå mer på at er det tilbud, så må pasienten henvises, og at det da er neste ledds dilemma i forhold til tidsbruk og ressurser? Det synes jeg er veldig vanskelig.” (4.117)

Fysioterapeuten trekker fram fysioterapeutens ressurser i form av tid og arbeidskapasitet versus pasientens ressurser i form av rehabiliteringspotensial. Fysioterapeutene virker bekymret i forhold til å gi slipp på pasienten når hun vet at pasienten ikke vil få det samme tilbudet ute som på sykehuset.

Flere av fysioterapeutene virker skeptiske til hva som skjer med pasientgruppen når samhandlingsreformen (St. meld nr 47 (2008-2009)) er satt i verk, og de ikke får det samme rehabiliteringstilbudet på sykehuset som tidligere:

”Og det er klart, med samhandlingsreformen så er jeg veldig spent på hvordan det blir. Om de fortsatt får sjansen til å være her eller om de blir sendt fort av gårde.” (2.78)

Allerede før samhandlingsreformen settes i gang, er noen av fysioterapeutene usikre på om den aktuelle pasientgruppen blir prioritert ute i kommunene i det hele tatt:

”Men jeg tror dessverre heller ikke at denne pasienten ville bli prioritert videre ute i kommunehelsetjenesten. Og der føler jeg også at du får et nytt aspekt i etikken her. Hvor mye skal jeg da sette i gang med hos oss når jeg da vet at dette her er noe som det ikke finnes kapasitet til å videreføre når pasienten kommer ut i kommunen fra oss?” (4.7)

Denne fysioterapeuten erfarer utfordringer i forhold til å se nytten av å prioritere tid og ressurser på rehabilitering av en eldre, skrøpelig slagpasient som ikke har særlig fremgang, når hun i tillegg vet at pasienten ikke vil få oppfølging i kommunen likevel. Her er fysioterapeuten opptatt av konsekvensene og nytten av rehabilitering og tenker konsekvensetisk (Johansen & Vetlesen, 1996; Wyller, 1996).

Fysioterapeutene snakker om hvordan fysioterapeuten kan ha en litt annen type rolle i forhold til prioritering og ressurser ved utskrivelse i forhold til andre faggrupper som leger og sykepleiere:

”Avdelingen med kanskje leger og sykepleiere blir representanter for sykehuset i forhold til det med plassforhold, altså de reinte praktiske forhold på avdelingen. Der de

hele tiden har noen som puster dem i nakken og sier at "Nå må ikke pasientene være så lenge!" De skal ha mange inn og ut. Og det står folk og venter. Sånn at kanskje vi føler det at de presser mer på for å få pasientene videre og at vi terapeuter tenker mer at vi må gi et tilbud som får ut alt det beste i pasienten." (1.96)

Her synliggjøres hvordan det foreligger et press på systemet i forhold til effektivisering og økonomi. Legene og sykepleierne kan føle dette presset tydeligere siden det er de som har med alt det praktiske og endelige beslutning om utskrivelse å gjøre. Fysioterapeuten derimot kan være mer opptatt av selve pasienten, og at han eller hun får et optimalt tilbud. Legene og sykepleierne føler kanskje et større ansvar for ventelistene, det vil si de pasientene som er utenfor sykehuset og som venter på behandling, mens fysioterapeutene først og fremst er opptatt av de inneliggende pasientene.

Dette underkapitlet viser at fysioterapeutene erfarer ulike etiske dilemmaer i forhold til prioriteringer og ressurser når pasientene skal skrives ut. Mens fysioterapeutene kanskje ikke føler presset fra sykehuset så direkte i forhold til rask utskrivelse som legene og sykepleierne gjør, er det tydelig at alle fysioterapeutene merker trykket i forhold til rask utskrivelse. Med samhandlingsreformen (St. meld nr 47 (2008-2009)) kommer et enda sterkere press på sykehusene, noe som sannsynligvis også vil virke inn på den enkelte fysioterapeut. Dette underkapitlet handler også om hvordan fysioterapeutene erfarer dilemmaer i forhold til at pasienten skrives ut til en usikker fremtid i kommunen. En kan da videre spørre om hvordan situasjonen vil være etter at samhandlingsreformen har virket en tid? Også dette forholdet vil bli drøftet nærmere i diskusjonskapitlet.

4.1.3 Er det fokus på etikk i arbeidshverdagen?

I materialet kommer det frem at etisk refleksjon vektlegges ulikt på de ulike arbeidsplassene. Mens for eksempel en av fysioterapeutene har deltatt på et kveldskurs i etikk for helsefag etter initiativ fra arbeidsgiver, sier et par andre at det nærmest ikke settes av tid til etisk refleksjon i arbeidshverdagen. En av dem sier at etiske dilemmaer tas opp "der og da". Hun sier:

"Men jeg vet at det har vært tenkt at "Det her er noe vi burde ta opp mer på generell basis i et annet forum". Det tror jeg er viktig å gjøre. Det har vært ting igjennom tida som det har vært veldig greit å kunne snakke videre om. Og det ikke alltid at det er muligheter for det." (1.117)

Denne fysioterapeuten forteller at det er etisk råd og åpne møter i alle avdelingene på sykehuset for å diskutere etiske problemstillinger generelt. Samtidig etterspør hun etisk refleksjon rundt aktuelle konkrete situasjoner fra egen praksis sammen med dem hun jobber i team.

Tre av fysioterapeutene gir uttrykk for at de opplever at det blir lagt til rette for etisk refleksjon i arbeidshverdagen. Denne refleksjonen foregår som regel i tverrfaglig team i samtale om aktuelle situasjoner og hendelser. En av fysioterapeutene beskriver denne refleksjonen på følgende måte:

”Det er på en måte refleksjoner i den forstand av hvordan vi opplever og forstår situasjonen og den pasienten. (...) Det blir jo en sånn litt løs prat. Og fordi noen opplever det litt annerledes, så blir det noen refleksjoner rundt det. At vi faktisk har ulike oppfatninger av virkeligheten.” (3.90)

Her vektlegges samtale i team hvor ulike meninger og perspektiver løftes frem i forhold til ens forståelse av pasienten og situasjonen. Materialet viser at etiske dilemmaer som tas opp, handler om en konkret situasjon. Det vises åpenhet i samtale om denne. En fysioterapeut sier følgende om hvorfor hun opplever disse samtalene som verdifulle:

”Jeg føler det at man kan sette seg ned som en gruppe og prate om ting og at man skal føle at man er hørt, det synes jeg er viktig.” (2.52)

Den samme fysioterapeuten virker bekymret for at det etter en nylig omorganisering ikke lenger er tid til slike etiske refleksjoner slik det tidligere var. Hun mener denne type refleksjon fremdeles må prioriteres:

”For det er ganske viktig å få gjort det synes jeg i løpet av hverdagen. For ellers, skal man bare gå og gå og ikke snakke om ting og ikke gjøre ting, så tror jeg ikke at det blir noe bra til slutt.” (2.57)

Nettopp dette kan tyde på at slike samtaler er viktige for å redusere følelsen av moralsk stress som en følge av å føle seg alene og uten rom for refleksjon i team.

Det er tydelig at samtale og åpenhet er viktige faktorer for å få til denne type refleksjon. Alle fysioterapeutene nevner at dette må være forankret i både ledelsen og fagmiljøet. Når det gjelder ledelsens ansvar, sier en av fysioterapeutene følgende:

”Og da tenker jeg at hvis ikke ledelsen klarer å ivareta sine, så er det også et veldig dårlig tegn i forhold til at man også skal ivareta pasientene og det etiske. Og vi skal ivareta hverandre.” (5.95)

Med andre ord påpeker hun hvordan ledelsens ivaretagelse av de ansatte har en viktig betydning for de ansattes videre ivaretagelse av pasientene. Dette kan blant annet ha med kulturen på arbeidsplassen å gjøre, og at det først og fremst er ledelseskulturen som setter standarden for hvilke etiske verdier som skal gjelde for resten av arbeidsmiljøet.

Felles for de tre fysioterapeutene som opplever at det er fokus på etikk på arbeidsplassen, er at de fremhever **presten** som en viktig ressursperson i forhold til å ta opp etiske dilemmaer. Ved de respektive fysioterapeutenes arbeidsplasser er presten lett tilgjengelig for å være med i samtaler om etiske dilemmaer, og han eller hun har blant annet holdt foredrag om tema som omhandler ernæring og død. Presten har med andre ord bred etisk kompetanse, og videreformidler dette ved bruk av etisk teori og eksempler fra praksis.

Som svar på spørsmål om fysioterapeutene bruker etiske modeller eller retningslinjer som utgangspunkt for etisk refleksjon, er det ingen av fysioterapeutene som nevner at de har kunnskap om eller bruker dette som grunnlag for etisk refleksjon. Dette til tross for at det finnes diverse etiske modeller for etisk refleksjon i helsefag. En av fysioterapeutene har deltatt på helsefaglig etikkurs som var arrangert i samarbeid mellom sykehuset og en høyskole. For henne førte dette til økt bevissthet rundt etikk i arbeidshverdagen, og hun mener selv at hun har hatt god nytte av dette i sitt arbeid med pasienter generelt. Blant annet sier hun nå at hun lettere ”tuner seg inn på pasienten”. I løpet av kurstiden fordypet hun seg særlig i relasjonsetiske tema. En av de andre fysioterapeutene hadde nylig gjennomført en slags spørsmålgjennomgang/ kurs i etikk på data, noe alle ansatte i helseforetaket måtte gjøre. Hun beskriver blant annet at det føltes som et kurs i ”normal folkeskikk”, noe som kan tyde på at det ikke ga henne bredere kunnskap om etikk. Bare en av fysioterapeutene nevner at de har gått gjennom ”Yrkesetiske retningslinjer for fysioterapeuter” på arbeidsplassen. Her nevner hun særlig tema om ivaretagelse av pasienten som fremtredende.

Materialet tyder altså på at fysioterapeutene har ulike erfaringer med fokus på etikk i arbeidshverdagen. Alle fysioterapeutene ønsker at dette er et tema som skal stå i fokus, men kun tre av fysioterapeutene opplever at det er lagt til rette for dette. De fremhever faktorer som tid og rom som viktige for etisk diskusjon/refleksjon rundt aktuelle situasjoner. I tillegg må både ledelse og ansatte være opptatt av og prioritere etikk og etisk refleksjon. Materialet

viser også at årsaken til at etisk refleksjon oppleves som viktig for fysioterapeutene blant annet har å gjøre med følelsen av ikke å stå alene i en vanskelig sak. En kan tenke seg at etisk refleksjon fører til at det moralske stresset minimaliseres, slik at en likevel oppnår økt trivsel og trygghet i arbeidshverdagen hvor en stadig opplever å stå i etiske dilemmaer. Videre kan dette ha betydning for pasientbehandlingen. Disse punktene drøftes videre i diskusjonskapitlet.

4.1.4 Samarbeid

Fysioterapeutene er opptatt av det tverrfaglige samarbeidet, og hvor viktig det er å ha kolleger å støtte seg på som de kan diskutere etiske dilemmaer med. Dette underkapitlet handler mer om forutsetningene for å føle seg sikrere og tryggere i arbeidshverdagen i forhold til etiske dilemmaer, nettopp når en har kollegaer å samarbeide med, enn om etiske dilemmaer i forhold til samarbeid. En av fysioterapeutene beskriver hvordan det å jobbe i et team kan utfylle hverandres perspektiv på etiske dilemmaer:

”Det er kanskje mer den her usikkerheten og vi tenker at ”Ja, dette kan gå bra, dette kan gå mindre bra”. At noen tenker at ”Jo da, det går sikkert bra”, mens andre igjen er litt mer skeptiske. Og det kan vi godt ha i teamet. Alt etter hvordan situasjoner vi har sett pasienten i.” (1.107)

Organisering av tverrfaglig samarbeid gjøres ulikt ved de ulike arbeidsplassene. De har alle minst et tverrfaglig møte i uken. I tillegg tas dilemmaer opp med fysioterapeutkolleger som har samme kontor, eller som jobber med de samme pasientene. Der hvor fysioterapeuten er den eneste fysioterapeuten som jobber med skrøpelige, eldre slagpasienter, samarbeider fysioterapeuten med ergoterapeuten. En av fysioterapeutene trekker særlig frem samarbeidet med ergoterapeuten, hvor de gjerne har samtaler i forkant av tverrfaglige møter om ulike dilemmaer. Hun trekker frem at det er godt å ha støtte fra en som oppfatter pasienten og situasjonen på samme vis. På denne måten føler kanskje fysioterapeuten å ha en sterkere stemme i det tverrfaglige teamet.

Flere av fysioterapeutene snakker om betydningen av det å kunne snakke om dilemmaer i et trygt arbeidsmiljø, og helst med kolleger som jobber med den samme pasienten. Materialet synliggjør at vanskelige etiske dilemmaer er en oppgave for flere enn fysioterapeuten alene. Ofte diskuteres dilemmaer mer uformelt.

En av fysioterapeutene tar opp etiske dilemmaer rundt temaet taushetsplikt og ivaretagelse av denne i de uformelle samtalene om pasienten:

”Altså, man har jo kontakt med mange pasienter. Det er en avdeling som er travel. Det er en del ting som går fort i korridorer og sånt. Der man av og til blir deltaker i en sånn liten diskusjon eller en sånn omtale om pasient fordi at man får et spørsmål i forbifarten i korridoren. Og det er jo ikke alltid at jeg synes, eller jeg synes vel egentlig ikke at det burde forekomme. Men av og til så blir du litt fanget i det og må på et vis si noen ting der og da. Og det synes jeg er et etisk dilemma.” (1.123)

Den samme fysioterapeuten peker på at nettopp disse samtalene er viktige samtaler som kanskje ellers hadde blitt vanskelige å gjennomføre. Her kommer taushetsplikten i en slags konflikt med ivaretagelse av pasienten. Samtidig som fysioterapeuten vet at der er en taushetsplikt, føler fysioterapeuten der og da at det er til pasientens beste å veksle noen ord om det aktuelle, da dette vil være til hjelp og nytte for pasienten. Dilemmaet fysioterapeuten føler på her, kan være en konflikt mellom å følge taushetsplikten og da ikke gi nyttig informasjon om en pasient, eller bryte taushetsplikten for å gi informasjon fordi hun mener dette totalt sett er til pasientens beste. Dette kan tolkes som en overveielse mellom å tenke prinsippbasert (Ruyter et al., 2007) eller konsekvensetisk (Johansen & Vetlesen, 1996).

Et par av fysioterapeutene er på intervjuutidspunktet i en omorganiseringsfase på arbeidsplassen. Begge beskriver hvordan omorganiseringen kan skape nye utfordringer i forhold til samarbeid. En av dem snakker om samarbeidsproblemer med andre fysioterapeutkolleger i forhold til valg av behandlingsmetode:

”For det ser vi jo bare nå med den nye avdelingen nå, med nye terapeuter og nye fremgangsmåter, at det har vært litt dilemmaer i hvordan man tenker og hvordan man legger planer for pasienten og refleksjon overfor behandlingen. At det har vært litt ulikt. ” (2.120)

Den samme fysioterapeuten beskriver videre hvordan hun synes det er vanskelig å se en av hennes nye kolleger gjøre noe hun selv har erfart kan gjøres bedre ved å bruke andre behandlingsmetoder, samtidig som hun er ydmyk for at det finnes ulike måter å gjøre ting på. Dette eksemplet viser hvordan faglige dilemmaer også kan være etiske dilemmaer. En kan her spørre hva som er forskjellen mellom et faglig og et etisk dilemma. Dette vil jeg komme tilbake til i diskusjonskapitlet.

Med unntak av det siste eksemplet, viser dette kapitlet at de fleste av fysioterapeutene i denne studien ikke opplever etiske konflikter i forbindelse med kollegialt samarbeid.

Fysioterapeutene er mer opptatt av nettopp å fremheve viktigheten av godt samarbeid med både fysioterapeutkolleger og andre kolleger som en vesentlig faktor for å få til etisk refleksjon omkring etiske dilemmaer, noe som videre kan føre til en tryggere arbeidshverdag for den enkelte fysioterapeut. Dette kan også knyttes til teori om moralsk stress (Carpenter, 2010; Källemark et al., 2004), hvor man kan tolke samarbeidets forutsetninger som vesentlige for å unngå en del moralsk stress. Som tidligere nevnt kan dette ha positiv betydning både for den enkelte fysioterapeut og for klinisk praksis overfor den enkelte pasient, noe som drøftes nærmere i diskusjonskapitlet.

4.2 Etiske dilemmaer i møtet med eldre, skrøpelige slagpasienter

Dette hovedtemaet handler om eldre, skrøpelige slagpasienter og fysioterapeutenes erfaringer med etiske dilemmaer i møtet med selve pasienten. Sentrale tema som kommer frem i det fysioterapeutene forteller, handler om ”Å se pasienten der han eller hun er”, ”Å gi pasienten en sjanse”, ”Hvordan og hvorfor motivere eldre skrøpelige slagpasienter?” og ”Når er nok nok?”

4.2.1 Å se pasienten der han eller hun er

Materialet viser at fysioterapeutene er opptatte av å møte den enkelte pasienten der han eller hun er. De prøver å se pasientens situasjon og tilpasse tilnærmingen og behandlingen deretter. En av dem forklarer det på følgende måte:

”Men det viktige er at vi, i hvert fall hvis det er folk som har noen ressurser og de kanskje er kognitivt klare og de har en motivasjon selv,(...), så synes jeg det er viktig å møte de selv om en ikke er sikker på om det kommer til å skje noen utvikling. ” (5.33)

Eksemplet viser altså hvordan fysioterapeuten er opptatt av å prøve og møte pasienten der han eller hun er, uavhengig av for eksempel prognose. Fysioterapeuten er opptatt av selve pasienten som person og møtet med ham eller henne.

Etiske dilemmaer i forhold til det å møte pasienten der han eller hun er, nevnes av flere av fysioterapeutene. De trekker frem hvor vanskelig det kan være når de opplever at pasienten ikke er mentalt til stede på grunn av problemer med kognisjon og/eller kommunikasjon. En av fysioterapeutene sier følgende om dette:

”Men i forhold til det å ha en kommunikasjon som blir meningsfull i forhold til den jobben vi har, så opplever jeg da ofte at pasienten ikke er så tilstede. Så det er av og til et dilemma.” (3.3)

Fysioterapeuten viser til utfordringer i forhold til å kommunisere med pasienter som ikke er mentalt til stede. Det blir med andre ord vanskelig å klare å se pasienten der han eller hun er når kommunikasjonen er utfordrende. Ser man på dette ut ifra et relasjonsetisk ståsted, kan kanskje fysioterapeutens ansvar for pasienten føles tydeligere i og med at pasienten ikke er tilstede og kan gi uttrykk for sine ønsker. Dermed kan det etiske ansvaret og fordringen om at fysioterapeuten ”har en annens liv i sine hender”, erfares som enda sterkere (Løgstrup, 1999 [1959]).

En av fysioterapeutene snakker om etiske dilemmaer som kan oppstå når kolleger mangler kunnskap om og interesse for pasienter med redusert kognitiv funksjon dermed ikke klarer å se pasienten der han eller hun er:

”Altså det virker nesten som at enten så forstår folk det og har forståelse for de pasientene. Eller så er det nesten det motsatte. Og jeg vet ikke om det går på kunnskap. Rett og slett. For det kan vi jo se hos slagpasienter som har kognitiv svikt også. At det er mange som rett og slett ikke forstår hvorfor de oppfører seg som de gjør. Og kan bli irriterte og kan bli litt sånn korte med dem. Og det tror jeg rett og slett går på at man har ikke forståelse for utfallet som pasienten har.” (2.139-2.142)

På et videre spørsmål om hun hva hun tror er årsaken til dette, mener fysioterapeuten at både mangel på kunnskap men også interesse, forklarer problemet. Dilemmaet her kan tolkes slik at fysioterapeuten med sin faglige kunnskap og erfaring opplever å se at pasienten ikke blir forstått og sett der han eller hun er som følge av manglende kunnskap og interesse hos fagpersonell. Fysioterapeuten setter med andre ord spørsmål ved ivaretagelse av pasienten og om den er god nok. Dette eksemplet tydeliggjør hvordan både kunnskap om og interesse for blant annet kognitive utfall og demenssykdom er en betydningsfull faktor i forhold til å nettopp kunne klare å se pasienten der han eller hun er.

Fysioterapeutene poengterer stadig hvor viktig det er å se hele pasienten for å kunne etablere en god relasjon med pasienten. En av dem forklarer dette på følgende måte:

”Men allikevel så kan man i sin travelhet bli litt mer for opptatt av funksjonen i beinet i stedet for å se hele mennesket.... Jeg prøver å møte, jeg prøver å få en god dialog,

en god kontakt med pasienten. Det synes jeg er veldig viktig. Og det kan være timer hvor jeg bare har sittet og snakket, faktisk.” (5.101)

Dette eksemplet synliggjør også hvordan kunnskap om pasientens totale situasjon er viktig for å få et helhetlig bilde av pasienten og kunne møte ham eller henne der han eller hun er. I en travel arbeidshverdag kan en fort glemme og se på helheten, og i stedet dukke ned i de enkelte detaljer.

En av fysioterapeutene snakker om hvor vanskelig men viktig det er å legge fra seg sin forforståelse av pasienten i møte med pasienten:

”Det er noen ganger hvor, ja, det er på en måte faren med sånne typer samtaler og faren med å gå inn og lese sånne typer journaler på forhånd. Det at du er ganske farget når du møter pasienten. Jeg prøver å være litt bevisst på det og tenke, prøve å la det være der, og bare møte pasienten, sånn på egne premisser, egentlig.” (3.39)

Det etiske dilemmaet her kan være at fysioterapeuten, hvis hun har lest journaler på forhånd, allerede har en forforståelse av pasienten sett med andres øyne. Fysioterapeuten har på en måte møtt pasienten før deres første møte og kan være preget av forutinntatthet. Dette kan kanskje begrense fysioterapeutens muligheter til å se pasienten der han eller hun er i deres møte. Samtidig kan en spørre om det også er nødvendig å lese journaler om pasienten på forhånd som forberedelse til møtet med pasienten?

Dette underkapitlet viser ulike eksempler på hvordan fysioterapeutene er opptatt av å få en forståelse av pasienten som menneske og av pasientens situasjon. Fysioterapeutene vektlegger det viktige i å se pasienten der han eller hun er. Dette har både med kunnskap og interesse å gjøre, og vi har sett at det er mange aspekter å ta hensyn til i møtet med eldre, skrøpelige slagpasienter. For eksempel nevnes utfordringer i forhold til når det er vanskelig å kommunisere med pasienten, og når annet personale mangler kunnskap i møtet med pasienter som har redusert kognitiv funksjon. Fysioterapeutene er altså opptatt av det relasjonelle; møtet med pasienten. I denne relasjonen påligger et stort ansvar hos fysioterapeuten, et ansvar som krever faglig kunnskap, forståelse, interesse og erfaring. Det er i selve situasjonen, i møtet med pasienten, at fysioterapeutene føler viktigheten av å møte pasienten der han eller hun er. Her kommer det relasjonsetiske aspektet frem i det ansvaret fysioterapeutene føler for pasienten i situasjonen og det faktum at de ”har et annet liv i sine hender” (Henriksen & Vetlesen, 2006; Løgstrup, 1999 [1959]).

4.2.2 Å gi pasienten en sjanse

Flere av fysioterapeutene i denne studien mener at fleksibilitet, individuell tilnærming og tid er vesentlige faktorer for å lykkes med rehabilitering av den aktuelle pasientgruppen. Det snakkes om ”å gi pasienten en sjanse” til rehabilitering. En av fysioterapeutene trekker frem følgende eksempel om en eldre, skrøpelig slagpasient hvor de overnevnte momentene blir vesentlige for at pasienten i det hele tatt skal komme seg:

”Vi hadde en dame, hun var veldig dårlig når hun var hos oss og ble veldig hallusinert. Og hun trodde at gården hennes ble revet. Det var fryktelig for henne. Jeg brukte mye tid på å gå tur ute på sykehuset så hun skulle se at det ikke var gården. Og orientere henne rundt der. Og så fikk hun 3 uker på sykehjem. Til å komme seg sånn generelt (...) Og så kom hun til en kommunal rehabiliteringsavdeling. Og fikk være der og trene. Og hun ble gående, selvstendig altså, og flyttet hjem igjen. Og bodde hjemme. Men hadde ikke noen kjempet for henne og sagt at hun skulle på en opptreningsplass, da hadde hun blitt sykehjemspasient. Det er jeg nesten helt sikker på.” (2.158)

På spørsmål om hvem som kjempet for pasienten, vektlegger fysioterapeuten her at det var fysioterapeutene som gjorde det med følgende begrunnelse:

”Vi så at hun hadde så mye å hente. Men at hun var veldig akutt syk. (...). Men det er liksom det man får med det der kliniske blikket etter hvert da. Når man ser på en måte at ”her er det noe, men hun er faktisk så utslått ennå at det ikke er mulig å få det fram.” (2.160)

Denne historien belyser flere momenter i forhold til det å gi pasienten en sjanse. For det første ser vi hvordan fysioterapeuten er opptatt av å møte pasienten der han eller hun er, noe som er nærmere behandlet i forrige kapittel. For det andre løftes muligheter for individualisering og fleksibilitet frem som viktige faktorer for pasientens prognose. Det at pasienten fikk være noen uker på sykehjem for å komme seg til å klare videre rehabilitering igjen, var avgjørende for at hun skulle klare å komme hjem igjen. Samtidig, hvis hun hadde blitt værende på sykehjemmet, mener fysioterapeuten at hun etter all sannsynlighet ikke ville klart å kunne bo hjemme igjen. For det tredje trekker fysioterapeuten frem sitt **kliniske skjønn** som viktig årsak til at hun kjempet for at pasienten skulle få mulighet for rehabilitering etter oppholdet i sykehjem. Fysioterapeuten gir uttrykk for at det er erfaring som ligger bak det kliniske

skjønnet. Eksemplet peker ikke nødvendigvis på et etisk dilemma, men er tatt med først og fremst for å skildre hvordan fysioterapeutene vektlegger rom for tid og fleksibilitet i rehabiliteringen av den aktuelle pasientgruppen. Flere av fysioterapeutene snakker også om hvordan de har fleksibilitet i avdelingen til å gi pasienten en sjanse for å være mest mulig sikker på hvordan oppfølging pasienten skal få videre. De mener dette har hatt veldig stor betydning for en del pasienter som faktisk har kommet seg videre. Samtidig sier en av fysioterapeutene at hun tror at det enkelte ganger kanskje har blitt brukt en uke eller to for mye. Likevel mener hun at denne fleksibiliteten er særlig viktig for den aktuelle pasientgruppen:

”Og at det kanskje er noe som er greit å gjøre overfor enkelte når det er så mange faktorer som spiller inn. Det er jo multisyke med både kognitive utfall og afasi og synsproblematikk og alt sånt.” (1.59)

På spørsmål om hvorfor det er viktig å gi pasienten en sjanse, svarer en av fysioterapeutene følgende:

”For det at vi har vel, altså, jeg tenker at hvis folk har bodd hjemme og klart seg selv, så bør de jo få en sjanse. Og så, ja, og så går det ikke da, ”hva har man tapt om man har prøvd litt rehabilitering?” (2.156)

En av fysioterapeutene forteller at hun som regel blir hørt i diskusjonen med leger og sykepleiere om å beholde pasienten lengre i avdelingen:

”Og der har jeg jo erfaring med at hvis jeg som fysioterapeut ønsker å fortsette med pasienten og kan begrunne verdien av å fortsette rehabilitering, så blir jeg hørt, og det er ikke noe problem å beholde pasienten.” (1.38)

I sistnevnte sitat snakker fysioterapeuten om sin rolle i forhold til utskrivelse av pasienten. Hun føler hun blir hørt i sin argumentasjon når hun mener pasienten bør få mulighet til videre rehabilitering.

Eksempelene i dette avsnittet fremhever hvordan fysioterapeutene er opptatt av at det er fleksibilitet og tid til å gi de eldre, skrøpelige pasientene en sjanse i rehabiliteringen i stedet for å avskrive en pasient som veldig dårlig. Fysioterapeutene opplever at de spiller en viktig rolle i forhold til å fronte pasientens muligheter for rehabilitering. Fysioterapeutenes kliniske skjønn som følge av erfaring spiller en vesentlig faktor for dette. Igjen ser vi hvordan

fysioterapeuten erfarer et ansvar for pasienten og hans eller hennes liv, noe som kan knyttes videre til en relasjonsetisk tenkning (Henriksen & Vetlesen, 2006). Slik de er presentert, representerer flere av eksemplene i utgangspunktet ikke nødvendigvis etiske dilemmaer, men jeg har valgt å ta dem med for å synliggjøre hvor viktig fysioterapeutene mener det er med tid og fleksibilitet i rehabiliteringen av denne pasientgruppen. Det er først når disse verdiene settes opp mot systemets krav om effektivisering og sparing av ressurser at de etiske dilemmaene virkelig fremtrer. Med disse kravene kan det bli vanskelig å ha den tiden og fleksibiliteten som fysioterapeutene mener er nødvendig for å gi den enkelte pasienten en sjanse til å komme seg.

4.2.3 Hvordan og hvorfor motivere eldre, skrøpelige slagpasienter?

Et sentralt tema i intervjumaterialet er motivasjon og etiske dilemmaer knyttet til dette. Fysioterapeutene forteller om hvordan de motiverer eldre, skrøpelige slagpasienter, men også om hvorfor de gjør det. De opplever at de møter skrøpelige, eldre slagpasienter som har mistet livsgnisten og dermed motivasjon for opptrening. En av fysioterapeutene beskriver dette slik:

”Så har vi også situasjoner hvor du har skrøpelige pasienter der du vet at litt arbeid ville ha betydd noe for situasjonen, men hvor pasienten ikke orker dette. Og det kan være veldig vanskelig. Når du ser at du kunne ha gjort noe, men du klarer ikke å motivere pasienten til å være med.” (4.4)

Dilemmaet fysioterapeuten føler på her, kan være mellom det hun vet av faglig kunnskap og det pasienten umiddelbart ønsker. Hun sier videre at det kanskje mest utfordrende forhold til å være fysioterapeut på slagenhet i arbeid med eldre pasienter, er ”å tenne gnisten” hos pasienten. En av de andre fysioterapeutene beskriver hvorfor det er viktig å prøve å motivere de umotiverte eldre, skrøpelige slagpasientene:

”En må være litt forsiktig, en må være litt var, en må lokke og lure. Men en ser at hvis vi bare lar de ligge, så har vi lagt inn årene. Så vi må prøve å få dem litt opp selv om de ikke har så veldig lyst. Vi vet jo det som terapeuter at det er det som hjelper.” (2.67)

Fysioterapeuten peker her på konsekvensene av hva som kan skje dersom pasienten får sitt umiddelbare ønske om å få være i fred, oppfylt. Fysioterapeuten tar på seg en rolle som motivator, og bruker denne rollen bevisst. Dette kan tolkes som om pasientens ønske, og dermed autonomi (Ruyter et al., 2007), overkjøres, samtidig som det kan forsvares med at

fysioterapeuten gjør det hun mener er det beste for pasienten. Dette kan sees på som om fysioterapeuten inntar en **paternalistisk** holdning i sin rolle som motivator (Henriksen & Vetlesen, 2006). Dette vil bli nærmere drøftet i diskusjonskapitlet.

En av fysioterapeutene tar opp en bestemt situasjon hun erfarte for over to år siden, men som hun fremdeles husker godt. Det handlet om en pasient som til tross for manglende taleevne etter hjerneslaget, tydelig ga uttrykk for at han ville være i fred:

”Men der klarte jeg overhodet ikke å få til motivasjon, og det var fryktelig vanskelig. Følte jeg som fagperson. Det var veldig vanskelig for meg å akseptere at han ikke ville. For jeg er sikker på at vi kunne ha fått til noe! Hvis han hadde klart, hvis vi hadde klart å få tent den lille gnisten om at ”Her kan vi kanskje oppnå litt”, i hvert fall.” (4.33)

Fysioterapeuten erfarte her et dilemma mellom pasientens gjentatte ønske om å få slippe og det fysioterapeuten visste at pasienten med rehabilitering kunne oppnå av bedret funksjon. Det er med andre ord et dilemma mellom å følge pasientens autonomi eller fysioterapeutens kliniske skjønn, som her har med faglig kunnskap og klinisk erfaring å gjøre. Videre beskriver fysioterapeuten dilemmaet i forhold til å gå inn og motivere og kanskje trække over pasientens grenser:

”Og jeg, der kjenner jeg at det er vanskelig å ikke trække over grenser for det der med å motivere. Det er, hvordan skal man ordlegge seg på det? Du prøver alt. Lokker og lurer. Ikke truer, akkurat, men det er på grensen til å true (intervjuperson ler). Noen ganger.” (4.35)

Her blir spørsmålet blant annet: Hvem vet hva som er det beste for pasienten? Er det pasientens autonomi som skal vektlegges mest, eller kan fysioterapeuten forsvare sin gjentatte praksis som en slags paternalistisk motivator for denne pasienten i det faktum at hun mener å vite at det på lengre sikt vil være best for pasienten? Dette drøftes videre i diskusjonskapitlet.

For å motivere pasienten fremhever fysioterapeutene tid, tilstedeværelse og det å se mennesket en skal hjelpe i stedet for å fokusere på alle begrensningene og skrøpeligheten. Det er kontakten med pasienten som kommer i sentrum. En av fysioterapeutene sier:

”Jeg kan være så dyktig som helst i forhold til faglige og de riktige grep og tiltak. Hvis ikke jeg klarer å oppnå en kontakt med pasienten, så kan jeg like gjerne la være.

Spesielt hos de dårligste pasientene. Det betyr masse det å oppnå en kontakt. Også om det da handler om å snakke om barnebarn eller hytter eller laksefiske eller "whatever", så er det masse det det handler om." (4.92)

Videre bruker fysioterapeutene også virkemidler som humor, samtale, ulik sansestimulering som å prøve og smake på ulik mat, høre musikk, ta pasienten ut av rommet for å se nye omgivelser og gruppetrening. De vektlegger individuell tilnærming og å få pasienten med seg i prosessen. Dette kan tyde på at fysioterapeutene prøver å fremme pasientens autonomi (Ruyter et al., 2007); altså pasientens eget ønske, men også prøver å unngå å opptre paternalistisk (Henriksen & Vetlesen, 2006).

To av fysioterapeutene trekker frem det etiske dilemmaet de opplever ved å være ærlig ovenfor pasientene på hva som kreves i starten av et rehabiliteringsforløp, men at de dermed risikerer å ta motet fra dem:

"Men man vet at hvis de skal klare å komme seg hjem, som ofte er ønsket deres, så tenker man at da må det skje ganske mye. Sånn at det å realitetsorientere i forhold til det å spare dem, på et vis holde oppe motet, det synes jeg at kan være et etisk dilemma." (1.8)

Fysioterapeutene ønsker på en side å være helt ærlige med hva som kreves av pasientene i forhold til rehabiliteringen, og at denne vil ta lang tid, samtidig som de ønsker at pasienten skal tro på at dette er mulig. Fysioterapeutene er med andre ord usikre på om det å være helt ærlig og si hvor mye dette krever, kan ta motet og innsatsen fra pasienten. Her er dilemmaet å avgjøre hva som egentlig er det beste for pasienten.

Eksempelene i dette underkapitlet viser at mye av fysioterapeutenes arbeidshverdag handler om motivasjon og avveiningen mellom autonomiprinsippet og paternalisme. Det er tydelig at fysioterapeutene oppfatter seg selv som å ha en viktig rolle i forhold til motivasjon. De erfarer ofte at det lykkes med ulike tiltak. De kan oppleve å møte pasienter som er umotiverte, og da kan det oppleves som vanskelig å fortsatt gå inn og motivere, særlig når pasienten etter lengre tid og innsats, fremdeles ikke lar seg motivere. Som vi har sett eksempler på, erfarer fysioterapeuten da dilemmaet mellom å følge pasientens rett til å bestemme selv, og det at fysioterapeuten og det tverrfaglige team vet at trening og rehabilitering er det beste for pasienten. Blant annet spiller fysioterapeutenes kliniske skjønn en vesentlig rolle i dette.

4.2.4 Når er nok nok?

På spørsmål om hvilke etiske dilemmaer fysioterapeutene møter i arbeidet med den aktuelle pasientgruppen, fremhever flere av fysioterapeutene dilemmaer i forhold til når man skal avslutte behandlingen. Det er vanskelig å vite når nok er nok. En av dem sier følgende:

”Det er veldig ofte ”Hvor lenge skal man fortsette å behandle aktivt?” Når skal man si at ”Nei her, nå avslutter vi? Det synes jeg kanskje er det mest hyppigst forekommende og kanskje vanligste dilemma du står i hele tiden.” (4.1)

Ifølge denne fysioterapeuten kan behandlingen være meningsfull for pasienten, selv om den ikke har en objektiv målbar effekt:

”For vi kan jo behandle og behandle og behandle til siste dag, egentlig. Og uten at vi kanskje objektivt oppnår noen bedring i funksjonsnivå eller at vi kommer noe lenger, men at pasienten likevel vil sette pris på det. Og oppleve at det betyr noe.” (4.3)

Selv om det faglig kan forsvares å avslutte behandling når den ikke lenger har effekt, kan det likevel være vanskelig for fysioterapeuten å avslutte når hun vet at behandlingen vil bety noe for pasienten. Ser en konsekvensetisk på dette, vil kanskje løsningen på dilemmaet være å akseptere at en ikke kan hjelpe alle men gjøre det som har effekt, og da helst effekt og nytte for flest mulig (Wyller, 1996). Samtidig ser vi her at fysioterapeuten likevel trekker frem den enkelte pasients opplevelse av behandlingen. Dette kan tolkes som et mer relasjonsetisk perspektiv (Henriksen & Vetlesen, 2006).

Samtidig som det ofte kan være en mening for pasienten og fortsatt få behandling, snakker også fysioterapeutene om hvor vanskelig det kan være å vite når en skal avslutte aktiv medisinsk behandling hos pasienter som har hatt et stort slag med store utfall som fører til svært lav livskvalitet:

”I andre tilfeller og kan det være det at vi ser de er veldig dårlige og at de kanskje ikke har så lang tid igjen. Men det å se og kjøre på masse antibiotika og masse behandling når de har et veldig kanskje helt komplett slag, mistet språket. Vi ser at det er ikke noe leveverdig liv. Og hvor lenge skal vi fortsette behandlingen?” (5.22)

Et eksempel på et slikt dilemma er om slike slagpasienter skal ha sondeernæring eller ikke. Denne kan gis gjennom nese (nasalsonde) eller via en åpning gjennom huden i magesekken (PEG). To av fysioterapeutene tar opp dette temaet. De er begge med i dysfagiteamet i

avdelingene hvor de arbeider. Dysfagiteamet har med svelgvansker å gjøre. Hos begge er det tydelig at spørsmål rundt dette er store, etiske dilemmaer som de ofte må forholde seg til i sin arbeidshverdag. Følgende eksempel viser problemstillinger fysioterapeutene erfarer:

”Litt av det som vi veldig ofte kommer opp i, det er jo dette her med ernæring. Sonde. Nasalsonde. PEG. Hvilken vei vi tar. Om pasienten drar ut sonden. Er de så skrøpelige? Skal vi legge sonde? Skal vi ikke legge sonde? Det synes jeg vi kommer oppi ganske ofte.” (2.2)

Utfordringen her er blant annet å vite hva pasienten egentlig vil, og om det er en bevisst handling at han eller hun for eksempel drar ut sonden. Dette har med pasientens autonomi å gjøre; pasientens rett til å bestemme selv (Ruyter et al., 2007). Samtidig er det vanskelig å vite om det å gi sondeernæring virkelig vil hjelpe pasienten til et bedre liv. Det å avgjøre når nok er nok, er sammensatt og individuelt. På spørsmål om hvordan fysioterapeuten kan vite når nok er nok, svarer en av fysioterapeutene følgende:

”Altså, det er en vanskelig ting, for det kommer jo helt an på hvilke tiltak vi kan tilby. Men noen ganger så må du liksom føle deg litt fram på et menneske når nok er nok. (...). Vi er jo veldig direkte på pasientene. Og noe kan man kanskje sense det. Vi snakker veldig mye med pasienten også. Også med pasienter som ikke kan uttrykke seg med ord. Og med årene så får du en følelse av at, i hvert fall noen ganger, kan tolke da. Det blir jo alltid en tolkning. Du følger mye med på det med ansiktsuttrykket og det et menneske kan uttrykke med hele kroppen sin, kroppsspråket sitt. Men det er alltid rom for feiltolkninger her. En umulig oppgave egentlig.” (4.14- 4.17)”

Sitatet viser hvordan fysioterapeuten prøver å ta inn over seg hele pasientens kommunikasjon i spørsmålet om når nok er nok. Pasienten kommuniserer nonverbalt med fysioterapeuten gjennom ansikts- og kroppsuttrykk. Denne kommunikasjonen blir særlig viktig når pasienten ikke kan kommunisere verbalt. Fysioterapeuten snakker om å ”føle seg fram på et menneske”. Hun tar inn den andres kroppsuttrykk, og prøver å tolke dette (Thornquist, 2009). Denne tolkningen og følelsen grunner på fysioterapeutens kliniske skjønn. Her trer det relasjonsetiske aspektet tydelig fram. Det er i fysioterapeutens møte med pasienten at relasjonen og handlingene skapes (Botnen Eide et al., 2011). Denne nonverbale appellen fra den andres ansikt og kropp, drøftes nærmere opp mot Levinas og Løgstrups filosofi i diskusjonskapitlet.

Fysioterapeutene snakker om at det handler om pasientens ressurser, sykehusets ressurser og kommunens ressurser. Avgjørelser om å avslutte behandling blir tatt i samråd med tverrfaglig team. Selv om det er legen som har hovedansvaret, har fysioterapeuten også en indirekte viktig rolle i avgjørelsen. Også pårørende spiller en aktiv rolle i beslutningstakingen. Følgende utsagn gir et eksempel på hvilke etiske dilemmaer som kan oppstå når det er tvil om sondeernæring eller ei, og pårørendes rolle i forhold til dette:

”Er pårørende inneforstått med og sier at ”Nei, mor hadde ikke lyst lenger og vi vil ikke at hun skal overleve dette her for det er et så stort slag”. Da blir det på en måte litt lettere. Men hvis da pårørende veldig gjerne vil at de skal ha ernæring, selv om vi tenker at ”Nei, dette her er ikke, altså, slaget er så stort, hun vil være avhengig av hjelp resten av livet hvis hun noensinne kommer seg”, så kan det bli litt vanskelig”.
(2.12)

Her blir fysioterapeuten og det tverrfaglige teamet stående i følgende dilemma: Hvem vet hva som er best for pasienten når det er uenighet mellom dem og pårørende i forhold til når man skal avslutte sondeernæring?

Pasientens rolle er viktig i avgjørelsene om når nok er nok. Som vi har sett eksempler på tidligere, erfarer fysioterapeutene at det ofte kan være vanskelig å vite sikkert hva pasienten vil. Særlig hos pasienter med demenssykdom kan dette være et problem:

”Men de som er veldig demente fra før av (...) Da vet vi jo at resultatet på en måte ikke blir så bra. Så det er kanskje litt mer sånn ”Hvor mye skal vi presse de?” ”Hvor mye skal vi gjøre?” ”Hvor mye skal vi kreve?” (2.87)

Det blir også vanskelig når pasienten har afasi og dermed problemer med å uttale seg om sine ønsker:

”Og så er det vel kanskje også et dilemma det med at du faktisk ikke hadde språket heller. Fordi du trenger litt mer og støtte det på, og det er vanskelig når du ikke har en pasient som kan snakke.” (4.49)

Sitatene viser hvordan pasienten, men også pårørende, tverrfaglig team og fysioterapeuten selv har roller i forhold til å avgjøre når nok er nok. Fysioterapeuten er generelt opptatt av usikkerheten rundt disse avgjørelsene. Dette gjelder særlig i situasjoner når det er vanskelig å vite hva pasienten selv ønsker, og en dermed må basere seg på annen informasjon for å ta de

store avgjørelsene. De vektlegger arbeid i team som viktig for diskusjon og refleksjon rundt de vanskelige situasjonene. I disse situasjonene er det ofte mange hensyn som må tas, og fysioterapeutene er opptatt av å prøve å se situasjonen fra flere sider. I deres vurderinger kan konsekvensetiske perspektiver ligge til grunn. Samtidig ser vi at fysioterapeutene er opptatt av hele pasienten og pasienten i sin situasjon. Her trer både autonomiprinsippet og det relasjonsetiske aspektet tydelig frem i begrunnelsene. Fysioterapeutenes kliniske skjønn spiller også en vesentlig rolle i disse avgjørelsene, og har med faglig kunnskap og erfaring å gjøre.

5. DISKUSJON AV RESULTATER

I resultatkapitlet har jeg presentert etiske dilemmaer som fysioterapeutene i denne studien erfarer i sitt arbeid med eldre, skrøpelige slagpasienter. I drøftingskapitlet vil materialet fra de to hovedtemaene (se s.18) bli knyttet opp mot aktuell teori og drøftet i underkapitlene: ”Systemets føringer for fysioterapeuten”, ”Etiske perspektiv på fysioterapeutens møte med pasienten” og ”Etisk refleksjon i arbeidshverdagen”. Til slutt drøftes funnene fra denne studien opp mot tidligere forskning om emnet.

5.1 Systemets føringer for fysioterapeuten

Resultatene fra denne studien viser til at systemet gir en del føringer for fysioterapeuten. En nærmere drøfting av dette gjøres i forhold til prioriteringer og samhandlingsreformen.

5.1.1 Prioriteringer

I arbeidshverdagen må fysioterapeuten forholde seg til systemet og de premissene som systemet setter. Det er likevel ikke alltid slik at disse premissene oppleves å være i overensstemmelse med ens egne verdier og mål for riktig praksis. Da kan en oppleve å stå i et etisk dilemma. Som resultatkapitlet viser, er prioritering og etiske dilemmaer i forhold til dette et fremtredende tema i denne studien. Ruyter et al. (2007) skriver at for de fleste som arbeider i helsetjenesten, betyr prioritering å bestemme fordeling av ressurser mellom ulike pasientgrupper, basert på kriterier knyttet til pasienten og til det nødvendige tiltaket (s.240). Videre påpeker de at stadig dyrere og mer effektive intervensjoner og begrensninger i helsebudsjettene fører til at prioritering betyr å måtte sette noe som virker foran noe annet som virker. På denne måten handler prioriteringsarbeidet blant annet om å finne etisk akseptable måter å si nei på til mennesker som har behov for et medisinsk velbegrunnet tiltak, fordi andres medisinske behov må gå foran (Ruyter et al., 2007).

I resultatkapitlet har vi sett eksempler på at fysioterapeutene innser at prioritering i stor grad avhenger av økonomi. Ruyter et al. (2007) peker nettopp på hvordan en av de viktigste driverne i helsetjenesten er finansieringssystemene. Gjennom målet om økt produktivitet og reduserte ventelister legger for eksempel stykkprisfinansieringen opp til at ”lønnsomme pasienter” blir prioritert framfor pasienter med større behov. Prioritering av for eksempel eldre, syke pasienter med sammensatte lidelser lønner seg ikke blant annet fordi det skaper lengre ventelister for andre pasienter. Disse andre pasientene kan på grunn av

pasientrettighetsloven få behandling utført på et annet sykehus, men deres eget helseforetak må likevel betale dette. Da får helseforetakene lavt betalt takst for de prioriterte ”ulønnsomme” innlagte pasientene. Samtidig må de betale høy takst for de i utgangspunktet ”lønnsomme” pasientene som har reist til andre sykehus. Slik ”straffes” helseforetakene økonomisk for å prioritere riktig (Ruyter et al., 2007). Prioritering er tatt på grunnlag av faglige og ideelle hensyn vil altså kunne gi betydelige økonomiske tap, noe som videre vil føre til vanskeligheter med budsjettoverholdelse. Dette kan være en av årsakene til at de eldre, syke pasientene blir nedprioritert. Ser man på denne nedprioriteringen ut ifra et konsekvensetisk ståsted, kan dette forsvares nettopp i forhold til at det økonomisk skal være maksimering av nytte for flest mulig (Wyller, 1996). Spørsmålet her er om en slik etikk kan forsvares da det egentlig går ut over noen pasientgrupper? De ”ulønnsomme pasientene” blir nedprioritert til tross for at de kanskje har de største behovene og på tross av prioriteringsidealene og prioriteringskriteriene fra Lønning II utvalget (NOU 1997:18).

Ved stort arbeidspress opplever fysioterapeutene i denne studien at de må nedprioritere en del av de eldre, skrøpelige pasientene. De får ikke nok tid til å behandle alle pasientene som egentlig trenger det. En av fysioterapeutene beskriver dette som spesielt vanskelig når hun må passere og møter blikket til pasientene som sitter på gangen, og som ikke blir prioritert for behandling den dagen. Pasientenes blikk og ansikt uttrykker et ønske om å trene. Dette aktiverer det relasjonsetiske perspektivet. Det er i møtet med ansiktet at den etiske fordringen virkelig tydeliggjøres (Henriksen & Vetlesen, 2006; Løgstrup, 1999 [1959]; Aasland, 2011). Sett fra et konsekvensetisk ståsted, kan en si at fysioterapeutene må gjøre det som er til nytte for flest mulig, og dermed prioritere de pasientene som har størst nytte og effekt av behandling. Fysioterapeutene må prøve å akseptere at systemet nærmest tvinger dem inn i en konsekvensetisk tankegang – og det oppstår et dilemma. Ruyter et al. (2007) peker på at en av svakhetene ved konsekvensetikken er at den synes å mangle et begrep om personlig individualitet og integritet. Konsekvensetikken ser ut til å ende opp med et personbegrep nærmest tomt for innhold fordi enhver teller som én og ingen som noe mer enn én. Samtidig kan en av konsekvensetikkenes styrker nettopp være at alle berørte parter i utgangspunktet skal telle like mye (Ruyter et al., 2007). Det er den målbare nytteverdien av en handling eller en handlingsregel som avgjør dens etiske kvalitet (Ruyter et al., 2007).

I selve møtet med pasienten kommer ikke fysioterapeuten utenom blikket og følelsen hun får i det hun møter de pasientene som ikke blir prioritert. Fysioterapeuten ser pasienten som noe mer enn kun én. Her trer det relasjonsetiske perspektivet frem: i møte med pasienten og hans

eller hennes blikk og ansikt, møter også fysioterapeuten fordringen fra den andre. Aasland (2011) skriver blant annet om hvordan Levinas snakker om den uvilkarlige spenningen som skapes i en i det en stilles overfor et ansikt. Fysioterapeuten beskriver situasjonen som om det er i selve møte med ansiktet og blikket til pasienten, at dilemmaet føles sterkt. Ifølge Levinas begynner alt mellommenneskelig væren med etikken (Aasland, 2011). ”Kravet om å svare den andre allerede når jeg stilles overfor ansiktet, blir en etisk grunnforutsetning for all omgang med andre.” (Aasland, 2011, s.55).

Fysioterapeuten står i et dilemma mellom en mer konsekvensetisk tenkning ved det å følge systemet, og det relasjonsetiske aspektet i møtet med selve pasienten. Hun beskriver dette som vanskelig. Kanskje er det også uunngåelig? Nettopp å stå i et slikt etisk dilemma, mellom det ene og det andre, kan erfares som **moralsk stress** som beskrevet hos Kälvemark et al. (2004). De fremhever at moralsk stress kan oppstå når en er usikker på hva en skal gjøre (Kälvemark et al., 2004). Her kan en tenke seg at dersom fysioterapeuten stadig må forholde seg til slike dilemmaer, kan det bidra til økt moralsk stress over tid fordi fysioterapeuten vet at de nedprioriterte pasientene også ville kunne ha nytte av å bli prioritert til behandling. Likevel sier den samme fysioterapeuten at hun prøver å fordele og da prioritere disse pasientene en annen dag. Hun gir uttrykk for at hun aksepterer at det må være slik, siden de ikke har flere ressurser fysioterapimessig. Dette og andre eksempler fra studien viser at det kan virke som om fysioterapeutene bruker det konsekvensetiske perspektivet for å rettferdiggjøre dilemmaet og det moralske stresset de føler. Kanskje kan til og med det moralske stresset reduseres ved å tenke på denne måten?

5.1.2 Spesielle utfordringer i forhold til samhandlingsreformen

Med samhandlingsreformen følger blant annet intensjoner om raskere utskrivelser av pasienter fra sykehuset og mer ansvar ut til kommunene (St.meld. nr 47 (2008-2009)). Dette gjelder også for de eldre, skrøpelige slagpasientene. Som resultatkapitlet viser, er flere av fysioterapeutene opptatt av det å ha tid til å rehabilitere den aktuelle pasientgruppen og tid til å gi dem en sjanse. Ser man på dette med tid og fleksibilitet i rehabilitering av disse pasientene i forhold til samhandlingsreformen, er fysioterapeutene i denne studien bekymret for hvordan ivaretagelsen av pasientene vil foregå. Intervjuene ble gjennomført noen måneder før samhandlingsreformen ble innført. Flere av intervjupersonene mente allerede da at det var for lite fleksibilitet og tid i systemet for en mest mulig optimal behandling og ivaretagelse av pasientgruppen. En kan tenke seg at fysioterapeutene på sykehuset nå opplever at det blir enda

mindre tid og fleksibilitet til rehabilitering av denne gruppen. Når de i tillegg er bekymret for hva pasientene skrives ut til i form av rehabiliteringstilbud, kan dette være grobunn for opplevelse av økt moralsk stress (Kälvemark et. al, 2004). Samtidig bringer samhandlingsreformen med seg mer ansvar og penger til kommunen for bedre ivaretagelse av pasientene. Det er meningen at tilbudet for pasientene i kommunene skal bedres (St.meld. nr 47 (2008-2009)). Denne nye og tydelige ansvarsavklaringen kan dermed føre til at fysioterapeutene på sykehuset kan bli tryggere på at pasienten vil få et godt tilbud i kommunen. Dermed kan innføringen av samhandlingsreformen føre til at fysioterapeutene erfarer mindre moralsk stress enn tidligere i forbindelse med utskrivelse av pasientene. Dette kan en ikke si noe sikkert om før samhandlingsreformen har virket en tid.

5.2 Etiske perspektiv på fysioterapeutens møte med pasienten

Her følger en videre drøfting om etiske perspektiver på fysioterapeutens møte med pasienten. Sentrale tema er autonomi, paternalisme, motivasjon, informasjon, taushetsplikt, samtykkekompetanse og maktforholdet i relasjonen mellom fysioterapeut og pasient.

5.2.1 ”Å ha en annens liv i sine hender”: Autonomi og/eller paternalisme?

Fysioterapeutene i denne studien er opptatt av den skrøpelige, eldre slagpasienten som person. De prøver å se pasienten der han eller hun er. Engasjementet og gløden fysioterapeutene viser i samtalen om denne pasientgruppen tydeliggjør ansvaret de føler for pasientene. Mange av dilemmaene de erfarer i arbeid med disse pasientene har å gjøre med dette ansvaret og følelsen av at en ”har en annens liv i sine hender”. Det er med andre ord i selve møtet og relasjonen med pasienten, det andre mennesket, at fysioterapeuten møter kravet om å opptre moralsk (Botnen Eide et al., 2011; Henriksen & Vetlesen, 2006; Løgstrup, 1999 [1959]).

Ifølge relasjonsetikken er moral sentralt i tilværelsen (Henriksen & Vetlesen, 2006). Vår væren- i- verden er også en væren i relasjoner vi ikke kan løsrive eller distansere oss fra. Våre moralske intuisjoner, begreper og prinsipper er knyttet til vår erfaring med å være menneske blant mennesker (Henriksen & Vetlesen, 2006). Mange av eksemplene fra fysioterapeutenes erfaringer i møte med pasientene i denne studien viser nettopp dette. Det å befinne seg i en situasjon med et annet menneske vil si å befinne seg i en moralsk situasjon (Løgstrup, 1999 [1959]). I denne studien som handler om fysioterapeutens møte med eldre, skrøpelige slagpasienter, føles situasjonen særlig moralsk utfordrende for fysioterapeuten fordi hun møter et annet menneske som er preget av sykdom, alderdom og skrøpelighet.

Fysioterapeuten opplever et tydelig ansvar for den andre fordi denne er syk og trenger fysioterapeutens hjelp for å komme seg. Ifølge Henriksen og Vetlesen (2006) hevder både Levinas og Løgstrup at det moralske ansvaret vokser i takt med den andres hjelpeløshet.

I sin analyse av etisk kunnskap i fysioterapi etterspør Swisher (2002) forskning om de unike problemene fysioterapeutene eller deres pasienter møter i forhold til autonomi. Resultatene fra denne studien viser at fysioterapeuters erfaringer med etiske dilemmaer i møte med eldre, skrøpelige slagpasienter blant annet handler om autonomi. Fysioterapeutene tar opp flere dilemmaer mellom fysioterapeutenes faglige kunnskap og erfaring, og pasientens rett til å bestemme selv. For eksempel forteller en av fysioterapeutene om en pasient som gir tydelig uttrykk for at han ikke ønsker behandling, men som likevel blir fulgt opp fordi fysioterapeuten og de andre fagpersonene mener det er til pasientens beste. Dette kan tolkes som et eksempel på **paternalisme** i profesjonell omsorg. Henriksen og Vetlesen (2006) skriver at en slik paternalisme arter seg ”som en bevisst og kontrollert overkjøring eller tilsidesettelse av en persons rett til selvbestemmelse” (s. 224). Begrunnelsene kan være at personen ikke har evne til slik selvbestemmelse lenger, og at han eller hun heller ikke har innsikt i sitt eget beste. Særlig i starten av rehabiliteringsforløpet kan det virke som om fysioterapeutene bruker denne form for paternalisme som etisk begrunnelse for det at de går inn og motiverer pasienter som i utgangspunktet ikke ønsker behandling og trening. Her går gjerne fysioterapeutens faglige kunnskap og erfaring foran pasientens ønske om å få slippe trening og behandling. Dette kan tolkes som en slags konsekvensetisk paternalisme, siden fysioterapeutene her mener å vite best hva som er til pasientens beste og fokuserer på konsekvensene og nytten av rehabiliteringen for pasienten. Henriksen og Vetlesen (2006) sier nettopp at ”Tolkningen av hva som er til det beste for personen, krever erfaringsbasert innsikt kombinert med evne til empati og til å lytte til kollegers råd og anbefalinger” (s. 224). Samtidig er som regel denne paternalismen kun midlertidig. Fysioterapeutenes og det tverrfaglige teamets paternalisme sikter mot å bli avløst av personens gjenvunne autonomi som følge av rehabiliteringen (Henriksen & Vetlesen, 2006). Nettopp dette kan rettferdiggjøre hvorfor man i utgangspunktet opptrer paternalistisk. En kan også spørre seg om fysioterapeuten egentlig har noe valg her? Hvor motivert kan en forvente at en eldre skrøpelig slagpasient skal være i det han eller hun våkner opp etter et hjerneslag og har betydelig funksjonssvikt i tillegg til begrenset helse fra tidligere? Kanskje er det nettopp slik at fysioterapeuten må ta på seg denne paternalistiske rollen for at pasienten i det hele tatt skal kunne komme seg i rehabiliteringsforløpet? Det blir altså en avveining mellom det å opptre paternalistisk versus det å ta hensyn til pasientens

autonomi. Går man til Løgstrup sin etiske fordring, ”å ha en annens liv i sine hender” (Løgstrup, 1999 [1959]), kan det å opptre paternalistisk i praksis bety å virkeliggjøre fordringen. Dette kan begrunnes ved at fysioterapeuten her tar ansvar for pasienten, siden formålet er at fysioterapeuten skal hjelpe pasienten frem til størst mulig autonomi i forhold til eget liv og beslutninger (Henriksen & Vetlesen, 2006). Om fysioterapeuten i stedet velger å følge prinsippet om pasientens autonomi der og da, vil pasientens umiddelbare ønske bli tilfredsstilt, men pasientens muligheter for autonomi i fremtiden vil kanskje svekkes. I en slik situasjon kommer kanskje ikke fysioterapeuten utenom det å måtte ta den paternalistiske rollen (Henriksen & Vetlesen, 2006). Samtidig, hvis fysioterapeuten tenker konsekvensetisk, gis hun på et vis rett til å opptre paternalistisk gjennom å begrunne ”overtrampet” ved at det maksimerer nytte. Altså kan en forklare og forsvare denne type paternalisme både ut ifra et relasjonsetisk men også fra et konsekvensetisk ståsted. Samtidig er dette eksempel på et dilemma. Her kan en gjøre overtramp både om en opptrår paternalistisk eller om en tar hensyn til prinsippet om autonomi. Kanskje vil økt kunnskap om etisk tenkning bidra til et bedre grunnlag for å kunne avveie de etiske fordringene slik at slike vanskelige situasjoner både blir mer veloverveide, og kanskje også mer spennende?

5.2.2 ”Å tenne gnisten”

Som resultatene viser, er alle fysioterapeutene i denne studien opptatt av dilemmaer rundt det å motivere eldre, skrøpelige slagpasienter som i utgangspunktet virker umotiverte. En av årsakene til at slike dilemmaer oppstår særlig overfor denne pasientgruppen, kan ha med pasientenes skrøpelighet å gjøre. Disse pasientene har levd et langt liv og kan virke ”mette av dage”. Det å da skulle gå inn i den motiverende rollen som vi har sett fysioterapeutene tar, kan være ekstra krevende. Likevel viser materialet at fysioterapeutene tar sin rolle som motivator seriøst. Deres faglige kunnskap, kliniske erfaring og skjønn har ofte vist at det nytter å motivere ved at pasientene kommer seg. Dermed går de inn med ulike tiltak for å ”tenne gnisten”, et uttrykk som flere av intervjupersonene bruker. Dette kan tolkes som om de ønsker å hjelpe pasienten til å finne motivasjon og lyst til komme seg etter hjerneslaget og leve videre, noe som er av vesentlig betydning for pasientens videre fremgang (Dietrichs, 2007). Måten fysioterapeutene motiverer på, handler om å ta utgangspunkt i hvor pasienten er, å oppnå en god relasjon og å finne tiltak som er de best mulige for hver enkelt pasient. Dette kan videre knyttes til et relasjonsetisk perspektiv (Henriksen & Vetlesen, 2006). Materialet tyder også på at fysioterapeutene i sin begrunnelse for hvorfor de motiverer den aktuelle pasientgruppen, er opptatte av konsekvensene og nytten rehabiliteringen vil ha for

den enkelte pasienten. Dette kan videre tolkes som om de også bruker en konsekvensetisk tankegang i forhold til hvorfor de motiverer (Wyller, 1996). Altså kan motivasjonsaspektet forklares både innen en konsekvensetisk, men også en relasjonsetisk tankegang.

Fysioterapeutene er tålmodige i sine intervensjoner, og de prøver gjerne ut ulike tiltak for å få dette til. Som regel lykkes de, og dilemmaet løser seg. Men det er i situasjoner hvor de ikke lykkes, at dilemmaet vedvarer.

5.2.3 Informasjon og taushetsplikt

Fysioterapeutene tar også opp dilemmaer i forhold til hvor mye informasjon pasientene skal få. Særlig kan dette være problematisk i starten av et rehabiliteringsforløp. Fysioterapeutene er usikre på hva som er til pasientens beste; å få vite om hvor mye innsats og tid rehabiliteringen kan kreve eller å bli spart for noe av denne informasjonen for ikke å miste motet. Her kan fysioterapeuten velge ikke å informere om alle detaljer. Dette kan forsvares med at det beste for pasienten på lengre sikt er ikke å bli gjort motløs straks slik at han eller hun faktisk blir motivert for rehabilitering. For eksempel kan ikke fysioterapeuten, tross sin erfaring, være helt sikker på at nettopp denne pasienten vil bruke lang tid på rehabiliteringen. Samtidig kan en ikke være sikker på hva det å holde tilbake informasjon vil kunne gjøre med pasienten. Pasientens rett til informasjon står sentralt i flere profesjonsetiske regelverk, blant annet fysioterapeutenes yrkesetiske retningslinjer (Norsk Fysioterapeutforbunds Yrkesetiske Retningslinjer, 2010). I Pasientrettighetsloven (1999) står det blant annet at ”pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen” (§ 3-2). Denne plikten til å gi informasjon er i siste instans begrunnet ut fra at den skal styrke pasientens interesser, integritet og mestring (Ruyter et al., 2007).

Pasientrettighetsloven sier videre at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger og skal gis på en hensynsfull måte (Pasientrettighetsloven, 1999, § 3-5). I rehabilitering etter hjerneslag er både mestring og motivasjon vesentlige faktorer for fremgang i rehabiliteringsprosessen (Dietrichs, 2007). Sett ut ifra lovverket kan det at fysioterapeuten velger å holde tilbake noe informasjon, forsvares i et ønske om ikke å skape redusert motivasjon og dermed svekke pasientens muligheter for mestring.

Taushetsplikten er regulert i Helsepersonelloven. Loven sier blant annet følgende:

”Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysningen om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell” (Helsepersonelloven, 1999, § 21). Resultater fra denne studien viser at

noen av fysioterapeutene erfarer konflikt mellom det å følge taushetsplikten eller uttale seg om pasienter med kolleger på gangen. Ifølge Ruyter et al. (2007) er ubetenksomme taushetsbrudd som for eksempel slarv på vaktrommet og i korridorer, samt og la journaler ligge og flyte, antakeligvis det største problemet kvantitativt sett i forhold til taushetsplikt. Dilemmaet som fysioterapeutene i denne studien nevner, hevdes av fysioterapeutene å være viktig informasjon som må deles der og da. Hvis ikke vil den kanskje ikke bli gitt. Her velger fysioterapeutene å bryte taushetsplikten, og de lar prinsippet om velgjørenhet komme i forgrunnen.

5.2.4 Samtykkekompetanse

Flere av fysioterapeutene i denne studien forteller om etiske dilemmaer i forhold til når pasientene ikke kan gi uttrykk for deres ønske fordi de enten ikke kan snakke etter hjerneslaget, eller fordi de har store kognitive problemer som følge av demenssykdom. Da sier en av fysioterapeutene at det kan være vanskelig å vite hva pasienten egentlig vil. Fysioterapeutene i denne studien tar ikke direkte opp at dette blant annet har med pasientens samtykkekompetanse å gjøre. I samtykkekompetansekravet ligger det at pasienten har forstått hva valget gjelder, og hvilke konsekvenser de ulike behandlingsalternativene kan ha (Ruyter et al., 2007). Dette er lovpålagt i Pasientrettighetsloven (1999). I tillegg må pasienten forstå at informasjonen gjelder ham eller henne. For å undersøke om pasienten er kompetent, utføres en samtale som belyser om pasienten har forstått og tatt inn den gitte informasjonen. Denne kompetansevurderingen er aldri absolutt, men må ifølge Ruyter et al. (2007) ”forankres i et klinisk og etisk skjønn der hva som står på spill, må vektas inn” (s.137). Særlig viktig er det å få tak i begrunnelsen pasienten gir for sitt standpunkt (Ruyter et al., 2007). Ut i fra dette ser vi at mange av pasientene i den aktuelle pasientgruppen ikke er samtykkekompetente. Samtidig er fysioterapeutene opptatt av å prøve og finne ut av hva pasienten egentlig ønsker. Dette tyder på at de er opptatt av pasientens autonomi. De snakker med pasienten og prøver å tolke pasientens kommunikasjon. Når pasienten ikke kan snakke sier en av fysioterapeutene at hun prøver ”å sense” hva pasienten ønsker. Her blir det tydelig at fysioterapeuten må bruke sine kommunikative egenskaper i relasjon til pasienten (Thornquist, 2009). Samtidig er det tydelig at fysioterapeutene erfarer dette som utfordrende, siden det alltid blir en tolkning. Her står fysioterapeutenes kliniske skjønn sentralt. Fysioterapeutene tar i sitt kliniske skjønn, men også samtale med tverrfaglig team og pårørende. Kanskje det nettopp i disse tilfellene blir ekstra viktig å kjenne til bakgrunnshistorien til pasienten? Her kan Greenfield og Jensen (2010) sin fenomenologiske og narrative tilnærming til etikk innenfor fysioterapi kanskje være et

verktøy, fordi den fremmer innsikt i pasientens historie og tolkning av denne som sentralt for det etiske resonnementet.

5.2.5 Maktforholdet i relasjonen

Ser man videre på dette med autonomi, paternalisme, motivasjon og pasientinformasjon, er det tydelig at fysioterapeuten har mye makt i relasjonen til pasienten siden pasienten er i en ekstra sårbar situasjon. Ifølge Løgstrup (1999 [1959]) er vi mennesker og våre skjebner vevd inn i hverandre. Det å være menneske er å leve i gjensidig avhengighet av hverandre. Dette kaller Løgstrup for interpendensen. Det å være en del av interpendensen vil si å inngå i maktforhold (Løgstrup, 1999 [1959]). Makt er en dimensjon i ethvert forhold mellom mennesker. Ifølge Henriksen og Vetlesen (2006) er dette mest direkte og følbart i møtet ansikt-til-ansikt mellom to personer. Ved at den andre henvender seg til oss, holder vi straks noe av den andres skjebne ”i vår hånd” (Løgstrup, 1999 [1959]). Som vist i resultatdelen av denne studien, er dette også noe som fysioterapeutene er opptatt av og føler i møtet med pasienten. De føler makten og ansvaret for den andre. Med andre ord blir forholdet mellom fysioterapeut og pasient asymmetrisk. Som fysioterapeut er målet for arbeidet med pasientene at de skal gjenvinne funksjon. Samtidig har det å gjenvinne funksjon en moralsk dimensjon i og med at det kan innebære å gjenvinne sin midlertidig tapte eller svekkede autonomi (Henriksen & Vetlesen, 2006). Dermed har fysioterapeuten en dobbel oppgave: både å møte personen der han eller hun er som syk og trengende og dermed som den svake parten i et asymmetrisk forhold, og å bidra til å bringe pasienten tilbake til hans eller hennes funksjonsnivå forut for hjerneslaget. Den paternalistiske holdningen som nevnes i de forrige underkapitler, kan på denne måten forsvares når fysioterapeuten velger å gå inn for å motivere pasienten til tross for at pasienten umiddelbart ønsker å få være i fred (Henriksen og Vetlesen, 2006).

I resultatkapitlet beskrives hvordan sondeernæring kan være et spesielt følsomt og vanskelig dilemma som også fysioterapeuter kan være involvert i. Sondeernæring kan bedre prognosen og gi pasienten livsnødvendig hjelp i en fase. Den iverksettes ofte hos akutte slagpasienter som ikke selv kan ta til seg næring på grunn av redusert svelgfunksjon. Dersom det viser seg at prognosen er dårlig, og at pasienten aldri vil kunne våkne til bevissthet eller lider, kan spørsmålet om å slutte og gi kunstig ernæring dukke opp (Ruyter et al., 2007). Ifølge Ruyter et al. (2007) har den norske legeforenings etikkråd definert kunstig ernæring som en form for medisinsk intervensjon. Når kunstig ernæring trekkes tilbake, dør pasienten først og fremst av

sin håpløse grunnlidelse (Ruyter et al., 2007). Dermed blir en slik intervensjon opphør av livsforlengende behandling. Materialet i denne studien bekrefter viktigheten av enighet i det tverrfaglige behandlingsteamet om dette, slik at prosessen er godt forberedt. Samtidig kommer en kanskje ikke utenom at slike spørsmål er vanskelige selv om en kan forsvare avgjørelsene med etiske begrunnelser.

I resultatkapitlet har vi sett eksempler på at fysioterapeuten ser på seg selv som en som kjemper for pasienten. I analysen om etisk kunnskap i fysioterapi konkluderer Swisher (2002) med at det blant annet er behov for videre forskning om fysioterapeutens moralske motivasjon. Hun spør blant annet om måten fysioterapeutene ser på sin profesjonelle rolle fører til at de opptrer som forsvarere for deres pasienter (Swisher, 2002, s.703). Funnene fra denne studien om fysioterapeuters erfaringer med etiske dilemmaer i møtet med eldre, skrøpelige slagpasienter kan tyde på at fysioterapeutene har en forsvarende rolle for pasienten og nærmest ”mot” systemet. Det trengs ytterligere forskning for å avklare om dette er har med fysioterapeutens syn på sin yrkesrolle å gjøre eller ikke.

5.3 Etisk refleksjon i arbeidshverdagen

Resultatene fra denne studien viser at etiske dilemmaer er en del av fysioterapeutenes arbeidshverdag og klinisk praksis. Mange av de etiske dilemmaene som blir tatt opp, kan også sees på som faglige dilemmaer. Hva er så forskjellen på et etisk dilemma og et faglig dilemma? Eller er det noen forskjell? Det kan være vanskelig å skille mellom hva som er hva. Samtidig kan en spørre om det er nødvendig å skille etiske dilemmaer fra faglige dilemmaer og omvendt. For hvordan kan en ta bort det etiske ansvar og bevissthet i fysioterapeutens arbeid hvor han eller hun har et ansvar i forhold til behandling og møte med et annet menneske? Ifølge Eide og Aadland (2008), har etisk kompetanse med faglig kvalitet å gjøre. ”Å ha trening i å gjennomføre etisk refleksjon er et sentralt aspekt ved **faglig skjønn**, ved evnen til å oppdage hva som står på spill for andre” (Eide & Aadland, 2008, s.13). De peker med andre ord på hvordan etisk kompetanse er en del av fysioterapeutens faglige og kliniske skjønn.

Som eksemplene i denne studien viser, er det ikke lett å arbeide med etiske spørsmål. Ingen av fysioterapeutene i denne studien opplever at det er et fast opplegg for etisk refleksjon på deres arbeidsplasser. Likevel er de enige om at etisk refleksjon er viktig. Felles for alle fysioterapeutene er at de samarbeider og reflekterer med kolleger gjennom samtale og diskusjon. Eksemplene viser at det ofte ikke finnes opplagte løsninger eller fasitsvar på etiske

spørsmål. Ofte finnes det flere muligheter for løsninger. Det er selve refleksjonen rundt temaet som er viktig for å få et bredere perspektiv og større sikkerhet i avgjørelsen. Denne refleksjonen gjøres blant annet gjennom samtale med kolleger, pasienter og/eller pårørende. Fysioterapeuten bruker også sin egen erfaring og klinisk skjønn som basis for anvendelse av etisk kunnskap. Dette viser at ”etikken handler mer om klokskap, skjønn og vurderinger enn om kalkyler og utvilsomme svar ” (Henriksen og Vetlesen, 2006, s. 252).

I denne studien vektlegges etisk refleksjon i ulik grad på de ulike arbeidsplassene. Tre av intervjupersonene opplever at det er fokus på etikk i arbeidshverdagen. De opplever at det er en ledelse og en kultur på arbeidsplassen som fremhever temaet, og de mener denne type refleksjon er viktig for å bli mer bevisst over både sine faglige men også personlige meninger og handlemåter. I ”Etikkhåndboka for kommunenes helse- og omsorgstjenester” (2008) skriver Eide og Aadland blant annet at det å skape møteplasser for etisk refleksjon er det viktigste tiltaket for å bygge opp etisk kompetanse på arbeidsplassen. Disse møteplassene er steder hvor medarbeidere kommer sammen for å drøfte etiske utfordringer de erfarer i praksis (Eide & Aadland, 2008). To av intervjupersonene i denne studien savner et tydeligere opplegg for etisk refleksjon i arbeidshverdagen. De ønsker mer opplæring og bevisstgjøring innenfor temaet. Alle fysioterapeutene gir på ulik måte uttrykk for at de mener det bør være fokus på etisk refleksjon i arbeidshverdagen. De fremhever faktorer som tid og rom som viktige for etisk diskusjon/refleksjon rundt aktuelle situasjoner. I tillegg må både ledelse og ansatte være opptatt av og prioritere etikk og etisk refleksjon. Nettopp dette kan indikere at det er vanskelig å etablere en kultur for etisk refleksjon på arbeidsplassen uten at ledelse og ansatte har skoloring i etikk og etisk kompetanse. Med det sistnevnte vil en kunne få bredere perspektiver og erfaringsutvekslinger som er løftet videre opp på et teoretisk plan, og ikke kun basert på ”hva synes du”.

Ifølge Eide og Aadland (2008), henger etikk og organisasjonskultur nøye sammen. Organisasjonskultur handler nettopp om å styrke de etiske verdiene vi ønsker skal prege arbeidet og tjenestene våre (Eide og Aadland, 2008). Disse kjerneverdiene i helse- og omsorgstjenesten er kvalitet, omsorg, rettferdighet og respekt for integritet og autonomi (St.meld. nr 26 (1999-2000)). Nettopp å arbeide med og styrke slike verdier i praksis, er kvalitetsarbeid (Eide og Aadland, 2008). Kanskje skaper felles etisk refleksjon om vanskelige situasjoner en større bevissthet om sin rolle og ansvar som fysioterapeut i forhold til de ofte sårbare eldre skrøpelige slagpasientene, og pasienter generelt? Kanskje har dette også gunstige effekter for pasienten? En kan også spørre om ytterligere kunnskap om etisk teori

kan endre og/eller bidra til en bedre forståelse av sammenhenger, handlingsmåter og refleksjon over dette i arbeidshverdagen? Denne studien gir ikke noe eksakt svar på dette.

Funnene i denne studien tyder på at det er behov for mer utdanning om etisk teori, men også for etisk veiledning i den praktiske arbeidshverdagen. Kun en av fysioterapeutene nevner en etisk teori; relasjonsetikken, i løpet av intervjuet. Hun er tydelig opptatt av dette etiske perspektivet siden hun nylig deltok på et kurs i helsefaglig etikk, hvor blant annet denne etikkretningen var sentral. Kun en av fysioterapeutene nevner fysioterapeutforbundets yrkesetiske retningslinjer eksplisitt. Ellers nevner ingen av fysioterapeutene verken etisk teori, modeller, retningslinjer eller andre slags verktøy for etisk diskusjon. Disse funnene bekrefter det Finch et al. (2005) fant i sin studie hvor de intervjuet kanadiske fysioterapeuter om etiske dilemmaer i deres praksishverdag. Deres studie viser at fysioterapeutene klart kan identifisere situasjoner som innebærer en etisk avgjørelse, men generelt identifiserer de ikke etiske prinsipper som er involvert eller bruker noen etisk tilnærming for å analysere problemet (Finch et al., 2005).

5.4 Studiens kunnskapsbidrag i forhold til tidligere forskning på området

Mye av forskningslitteraturen om fysioterapi og etikk utdypes i et teoretisk perspektiv på etikk (Swisher, 2002). I denne studien er de fleste fysioterapeutene i utgangspunktet ikke eksplisitt opptatt av etisk teori som sådan, men mer av hva som skjer i den enkelte situasjonen med den enkelte pasient. Ved å gå nærmere inn på disse situasjonene og fysioterapeutenes erfaringer, gir denne studien mer kunnskap om etiske dilemmaer fysioterapeuter erfarer i sin kliniske hverdag. Slik kunnskap har vært etterlyst av flere (Carpenter, 2010; Swisher, 2002). Resultatene viser at den etiske refleksjonen er til stede i arbeidshverdagen. Den dreier seg om pasienten og selve situasjonen, ikke om etisk teori i seg selv.

Denne studien bekrefter Finch et al. (2005) sine funn om at fysioterapeutene ikke har problemer med å beskrive kliniske situasjoner som involverer etiske dilemmaer. I deres studier ble det sjeldent identifisert spesielle konfliktfylte etiske situasjoner i beskrivelsene (Finch et al., 2005). Funnene fra denne studien bekrefter dette.

Swisher (2002) etterspør blant annet hva slags type moralsk resonnement fysioterapeuten bruker. Resultatene fra denne studien viser at fysioterapeutene i stor grad føler dilemmaet mellom systemet som setter konsekvensetiske perspektiv i forgrunnen i form av nyttemaksimering, og møtet med den enkelte pasienten hvor relasjonsetiske perspektiv trer

frem. I de aller fleste tilfellene virker ikke fysioterapeutene å være opptatt av bakenforliggende etisk teori, men det kan virke som om de ubevisst bruker konsekvensetisk tenkning som begrunnelse for at det relasjonsetiske perspektivet må vike. De aksepterer at systemet har satt noen føringer, og de prøver å tilpasse seg og sin arbeidshverdag deretter. Det kan se ut som om nettopp dette er en avgjørende faktor for å få dempet det **moralske stresset** en eventuelt kan føle. For å kunne si noe om dette gjelder for fysioterapeuter generelt i deres alminnelige arbeidshverdag, er det imidlertid nødvendig med mer detaljert forskning om dette emnet på et større utvalg. Her vil det for eksempel kunne være interessant å se på om denne måten å dempe moralsk stress på er egenskaper en har fra tidligere i kraft av sin personlighet, eller om det for eksempel er erfaring fra klinisk praksis som fører til dette. Mer kunnskap om slike sammenhenger vil for eksempel kunne ha betydning for hvordan etikkundervisningen legges opp i grunnstudiet, men også videre ved den enkeltes arbeidsplass.

I denne studien er ikke fysioterapeutene blitt spurt direkte om de erfarer moralsk stress. Likevel trer det frem at de erfarer dette i arbeidet med den aktuelle pasientgruppen. På denne måten bekrefter denne studien at også fysioterapeuter erfarer moralsk stress i sin arbeidshverdag. Vi ser at fysioterapeutene møter på systemiske/institusjonelle hindringer som gjør at de av og til må handle som følge av institusjonelle/systemiske krav framfor det de mener er mest riktig. Dette kan ifølge Jameton (1984) fremkalle moralsk stress. Likevel viser resultatene i denne studien at det særlig er usikkerhet rundt hva en skal gjøre i en vanskelig situasjon som dominerer i de etiske dilemmaene fysioterapeutene beskriver. Sett i sammenheng med moralsk stress er det da interessant å se på Kälvemark et al. (2004) sin tolkning av begrepet. De mener at helsepersonell erfarer moralsk stress også i situasjoner hvor de ikke nødvendigvis vet den rette tingen å gjøre (Kälvemark et al., 2004). Ut fra resultatene i denne studien kan det virke som om utfordringen for fysioterapeutene i vanskelige situasjoner er å vite hva som er det (mest) riktige å gjøre. De er opptatt av å ta en så riktig avgjørelse som mulig. Dette kan tolkes som et behov for å minimalisere moralsk stress. For å få mer kunnskap om hvordan fysioterapeuter erfarer moralsk stress i arbeidsdagen generelt, bør det utføres studier hvor dette tematiseres enda grundigere.

Carpenter (2010) har etterspurt mer forskning som identifiserer typer situasjoner og faktorer som fører til at fysioterapeuter erfarer moralsk eller etisk stress i praksis. Ved å spørre fysioterapeuter om etiske dilemmaer i klinisk arbeidshverdag med eldre, skrøpelige slagpasienter, viser denne studien både i hvilke situasjoner fysioterapeutene erfarer moralsk stress og hva som kan være årsakene til dette. I tillegg viser studien hvordan fysioterapeutene

i sin arbeidshverdag nærmest bruker ubevisste teknikker for å dempe følelsen av moralsk stress så godt de kan. Det er kanskje nettopp denne egenskapen som fører til at de takler arbeidshverdagen så godt som de gjør, til tross for daglige etiske dilemmaer.

En del forskning innen fysioterapi, helsefag og etikk innebærer blant annet forslag om ulike modeller som verktøy for etisk refleksjon. Mange av disse innebærer prinsippbasert etisk tenkning, hvor målet er å avgjøre hvilket prinsipp som bør ha forrang i den konkrete situasjonen (Thagaard, 2003). Denne studien viser at fysioterapeutene er opptatt av mye mer enn prinsipper. De er opptatt av pasienten og hans eller hennes situasjon, og prøver å møte pasienten der han eller hun er. Kanskje vil nettopp disse perspektivene ikke komme tydelig frem dersom en skulle implementere en prinsippbasert etisk tenkning i deres etiske refleksjon? Greenfield og Jensen (2010) vektlegger den narrative forståelsen som utvikles i møte mellom pasient og terapeut, som en viktig tilnærming til etikk innen fysioterapi. De er opptatte av pasientens historie. Resultatene fra denne studien viser at fysioterapeutene er opptatte av å bygge opp en tillitsfull relasjon til pasienten. Da er det pasienten og hans eller hennes situasjon, men også bakgrunn og historie, som kommer i fokus og legger grunnlaget for videre oppfølging. Nettopp derfor er kanskje en modell som Greenfield og Jensen (2010) presenterer et mer passende verktøy for fysioterapeutene enn prinsippbaserte modeller? Dette må det mer forskning til for å kunne svare nærmere på.

Kan ytterligere kunnskap om etisk teori endre/bidra til en bedre forståelse og refleksjon? Denne studien gir ikke noe eksakt svar på dette. Samtidig peker fysioterapeutene på ønsket om fokus og tid til refleksjon om etikk på arbeidsplassen. Dette kan tyde på at fysioterapeutene erfarer dette som et viktig tema i arbeidshverdagen. Det kan tenkes at en gjennom å ha mer kunnskap om etikk, også vil kunne ha et bedre utgangspunkt for både å utføre refleksjon, men også for å forstå sammenhenger og handlingsmåter i arbeidshverdagen bedre.

6. AVSLUTNING

Tidligere forskning om etikk og fysioterapi etterspør forskning basert på fysioterapeuters erfaringer i klinisk praksis (Carpenter, 2010; Swisher, 2002). Målet med denne studien har vært å identifisere etiske dilemmaer som fysioterapeuten møter i sitt arbeid med eldre, skrøpelige slagpasienter, og hva dette eventuelt kan ha å si for klinisk praksis. Denne studien viser at etiske dilemmaer er en del av arbeidshverdagen til fysioterapeuter i møtet med den aktuelle pasientgruppen. Fysioterapeutene beskriver en rekke eksempler fra situasjoner i praksis hvor de erfarer etiske dilemmaer. Mange av dilemmaene de snakker om kan virke typiske for fysioterapeutens arbeid med denne pasientgruppen, siden de nevnes av flere av fysioterapeutene. En skal likevel være forsiktig med å generalisere ut i fra et såpass lite utvalg som denne studien representerer. Av sentrale dilemmaer i fysioterapeutenes møte med den aktuelle pasientgruppen, fremheves særlig

- a) Dilemmaer i forhold til det å ha fleksibilitet og tid til å se og kunne prioritere rehabilitering av eldre, skrøpelige slagpasienter
- b) Dilemmaer i forhold til det å motivere eldre skrøpelige slagpasienter som i utgangspunktet virker umotiverte for rehabilitering
- c) Dilemmaer i forhold til å vite når en skal avslutte behandling

Fysioterapeutene er opptatt av å kunne løse disse dilemmaene på en mest hensiktsmessig måte ovenfor pasienten. Derfor har det vært naturlig å knytte studien opp mot relasjonsetikk som setter relasjonen, mennesket og hans eller hennes situasjon i fokus (Botnen Eide et al., 2011; Henriksen & Vetlesen, 2006). I tillegg kommer det tydelig frem at systemet nærmest tvinger fysioterapeuten inn i en konsekvensetisk tankegang, fordi systemet setter en del premisser i forhold til fysioterapeutens arbeid med denne pasientgruppen og systemet igjen er utviklet for å nyttiggjøre det som gagnar folk flest (Johansen & Vetlesen, 1996; Wyller, 1996).

Materialet i denne studien viser at det å ha kunnskap om og fokus på etikk i arbeidshverdagen er en viktig faktor for å skape etisk refleksjon. Alle fysioterapeutene i studien mener dette er viktig i arbeidshverdagen, men ikke alle erfarer dette i praksis. De færreste av dem har opplæring i etikk utenom det de har hatt i grunnutdanningen. Nettopp dette indikerer at det kan være et behov for at både den enkelte fysioterapeut, men også både ledelse og andre

ansatte i avdelingen, setter etikk på dagsorden. Dette kan gjelde både for fysioterapeuter som arbeider med eldre, skrøpelige slagpasienter, men også for fysioterapeuter generelt. Mange av dilemmaene som blir tatt opp i denne studien kan være aktuelle i fysioterapeutens møte med andre pasientgrupper. Kanskje kan nettopp økt kunnskap om etikk og bruk av dette i den daglige praksis føre til at fysioterapeuten blir tryggere når han eller hun står i vanskelige avgjørelser, noe som videre vil kunne føre til mindre opplevelse av moralsk stress og en bedre ivaretagelse av pasienten? Det trengs imidlertid mer forskning på emnet for å kunne si noe sikkert om dette. Det samme gjelder for hvordan en kan implementere økt kunnskap og fokus på etisk refleksjon for fysioterapeuter i deres arbeidshverdag. Her foreslår forskningen ulike modeller, men det er forsket lite på nytten av disse.

Funnene fra denne studien viser at erfarne fysioterapeuter beskriver en arbeidshverdag hvor de daglig blir konfrontert med etiske dilemmaer. Når fysioterapeuter som har arbeidet mange år opplever dette, kan en spørre seg hvordan fysioterapistudenter og nyutdannede fysioterapeuter erfarer og håndterer liknende typer etiske dilemmaer. Opplever de at den etiske opplæringen de har hatt i sin grunnutdanning er tilstrekkelig? Blir det lagt til rette for etisk refleksjon og veiledning i deres daglige praksis? Her trengs det mer forskning for å si noe mer konkret om temaet.

Arbeidet med denne studien har gitt meg økt kunnskap om etisk teori og hvordan den kan anvendes i praksis. Blant annet har teorien bidratt til at jeg har fått en klarere forståelse av etiske problemstillinger. Jeg tror at denne innsikten har ført til en økt bevissthet rundt hvordan jeg og andre handler i hverdagens ulike situasjoner, både i arbeid og ellers i livet. Ut fra funnene i studien mener jeg å kunne hevde at vi godt kan aktualisere etisk teori og praksis mer i fysioterapifaget. Dette gjelder både i arbeidshverdagen på den enkeltes arbeidsplass, i skoling og i forskning. Den etiske begrunnelsen for å satse på etikk i helse – og omsorgssektoren er at det fremmer god praksis (Eide & Aadland, 2008). Å satse på å bygge opp økt kunnskap og kompetanse i etikk i fysioterapi er med andre ord en måte å drive kvalitetsarbeid på. Det finnes yrkesetiske retningslinjer og ulike modeller for økt etisk kompetanse, men hvordan kan vi best anvende dem i praksis? Når det gjelder framtidig forskning vil det blant annet kunne være aktuelt å se på hvordan økt etisk teoretisk og praktisk kunnskap best mulig kan implementeres på den enkeltes arbeidsplass, og hvilken betydning dette kan ha for den enkelte fysioterapeut, pasient og arbeidsmiljø.

LITTERATURLISTE

- Beauchamp, T.L. og Childress, J.F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5. utg). Oxford: University Press.
- Birkler, J. (2006). *Etik i sundhedsvæsenet*. København: Munksgaard.
- Botnen Eide, S., Grelland, H.H., Kristiansen, A., Sævareid, H.I. & Aasland, D.G. (2011). *Fordi vi er mennesker. En bok om samarbeidets etikk* (2. utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- Botnen Eide, S. & Skorstad, B. (2008). *Etikk – Til refleksjon og handling i sosialt arbeid* (2. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Campbell, A.J. & Buchner, D.M. (1997). Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age and Ageing*, 26, 315-318.
- Carpenter, C. (2010). Moral distress in physical therapy practice. *Physiotherapy Theory and Practice*, 26 (2). 69-78.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dietrichs E. (2007). Hjernens plastisitet - perspektiver for rehabilitering etter hjerneslag. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 127 (9), 1228-31.
- Eide, T. & Aadland, E. (2008). *Etikkhåndboka for kommunenes helse- og omsorgstjenester*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Finch, E., Geddes, L. & Larin, H. (2005). Ethically-based clinical decision-making in physical therapy: Process and issues. *Physiotherapy Theory and Practice*, 21 (3), 147-162.
- Fjelland, R. & Gjengedal, E. (2000). *Vitenskap på egne premisser. Vitenskapsteori og etikk for helsearbeidere* (2. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Greenfield, B.H. & Jensen, G.M. (2010a). Beyond a code of ethics: Phenomenological ethics for everyday practice. *Physiotherapy Research International*, 15 (2), 88-95.
- Greenfield, B.H. & Jensen, G.M. (2010b). Understanding the lived experiences of patients: Application of a phenomenological approach to ethics. *Physical Therapy*, 90 (8), 1185-1197.
- Gulddal, J., & Møller, M. (red.) (1999). *Hermeneutik: en antologi om forståelse*. København:

- Gyldendal.
- Helsedirektoratet (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsepersonelloven. *Lov om helsepersonell m.v. av 2.juli av 1999 nr 64*. I teksten:
Helsepersonelloven. Hentet fra: <http://lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>
- Henriksen, J. & Vetlesen, A.J. (2006). *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Johansen, K.E. & Vetlesen, A.J. (1996). *Etikk – i historie og samtid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kälvemark, S., Höglund, A.T., Hansson, M.G., Westerholm, P. & Arnetz, P. (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science & Medicine*, 58, 1075-1084.
- Kant, I. (1983 [1785]). *Moral, politikk og historie. Et utvalg fra Kants praktiske filosofi*. (E.Storheim, OVERS.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Løgstrup, K.E. (1999 [1959]). *Den etiske fordring*. (B. Engen, OVERS.). Oslo: Cappelen.
- Martinsen, K. (2003a). *Fenomenologi og omsorg* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003b). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sygeplejen*. Aarhus: Forlaget Klim.
- Nalette, E. (2010). Constrained physical therapist practice: An ethical case analysis of recommending discharge placement from the acute care setting. *Physical therapy*, 90 (6), 939-952.
- Norsk Fysioterapiforbunds yrkesetiske retningslinjer* (2010). Hentet fra:
<http://www.fysio.no/FAG/Etikk-og-fysioterapi/NFFs-yrkesetiske-retningslinjer>
- NOU 1987: 23. *Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsevesen*. Oslo: Sosialdepartementet. Hentet fra: <http://www.regjeringen.no>

- NOU 1997: 18. *Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet. Hentet fra:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-18.html?id=140956>
- Pasientrettighetsloven. *Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 2.juli 1999 nr 63*. I teksten: Pasientrettighetsloven. Hentet fra: <http://lovdata.no/all/nl-19990702-063.html>
- Ruyter, K.W., Førde, R. & Solbakk, J.H. (2007). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (2. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sapoznik, G., Black, S.E., Hakim, A., Fang, J., Tu, J.V., & Kapral, M.K. (2009). Age disparities in stroke quality of care and delivery of health services. *Stroke*, 40, 3328-3335.
- Spiriduso, W.W., Francis, K.L. & MacRae, P.G. (2005). *Physical dimensions of ageing* (5 utg.). Illinois: Human Kinetics Publishers.
- St.meld. nr 26 (1999-2000). *Om verdier for den norske helsetjenesta*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19992000/stmeld-nr-26-1999-2000-.html?id=192850>
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>
- Swisher, L. (2002). A retrospective analysis of ethics knowledge in physical therapy. *Physical Therapy*, 82, 692-706.
- Thagaard, Tove. (2003). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (2. utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wilkinson, J.M. (1988). Moral distress in nursing practice: Experience and effect. *Nursing Forum*, 23, 16-29.
- Wyller, T. (1996). *Etikkens historie – En systematisk framstilling*. Oslo: Cappelen

Akademiske forlag.

Aasland, D.G. (2011). I begynnelsen er etikken: Emmanuel Levinas. I: Botnen Eide, S., Grelland, H.H., Kristiansen, A., Sævareid, H.I. & Aasland, D.G. *Fordi vi er mennesker. En bok om samarbeidets etikk* (2. utg). ss.51-59. Bergen: Fagbokforlaget

VEDLEGG 1: INTERVJUGUIDE

INTERVJUGUIDE

Først skal jeg kort presentere hva jeg forstår med:

Etisk dilemma (lese opp fra prosjektbeskrivelsen)

Skrøpelig eldre slagpasient (lese opp fra prosjektbeskrivelsen)

Følgende har jeg 8 hovedspørsmål med eventuelle hjelpespørsmål.

1. Kan du kort forklare en eller to kliniske situasjoner med en eldre skrøpelig slagpasient hvor du opplevde et etisk dilemma?

- Hvilken av disse er den mest typiske for din praksis med denne pasientgruppen?
- I hvilken av disse situasjonene var det vanskeligst å ta en avgjørelse?
- I hvilken av disse situasjonene var du mest komfortabel med avgjørelsen etter å ha tatt den?

2. Velg en av disse situasjonene som kan beskrives mer detaljert.

- Kan du beskrive den geografiske settingen? Hvor skjedde det
- Kan du beskrive når det skjedde og hvor lenge det varte?
- Kan du beskrive de involverte personene i situasjonen?
- Hva gjorde at du ble bekymret i denne situasjonen?
- Hva var dilemmaet slik du så det?

3. Hvilken tilnærming brukte du for å tenke gjennom avgjørelsen?

- Tenkte du på de ulike mulighetene som fantes i situasjonen?
- Identifiserte du i tilfelle disse mulighetene? I tilfelle ja; hvordan valgte du mellom disse?

- Hva skjedde da du hadde tatt avgjørelsen? Hvordan påvirker det etiske/moralske stresset du erfarte det kliniske resonnementet og behandlingen av pasienten?

- Ble det noen langtids konsekvenser?

4. Hvilken rolle og betydning spilte pasienten selv i din avgjørelse?

5. Brukte du noen ressurser for å hjelpe deg å ta avgjørelsen? I tilfelle hvem og når?

- Diskuterte du dilemmaet med kollegaer? Hvem?

- Brukte du litteratur om etikk? I tilfelle hva?

- Brukte du noen retningslinjer? I tilfelle hvilke?

- Brukte du noen etiske modeller?

6. Har du noen andre kommentarer i forhold til hvordan du tenkte og handlet i denne situasjonen?

7. Er det vanligvis lagt til rette for etisk refleksjon på din arbeidsplass?

8. Har du noen andre kommentarer i forbindelse med det vi har snakket om?

VEDLEGG 2: MATRISE 1

Int x	Meningsbærende enhet/ Naturlig enhet	Sentralt tema	Mellom linjene	Subkategori	Hovedkategori
x.1	<p><i>Er det noen etiske dilemmaer som du erfarer som typiske for ditt arbeid med den eldre slagpasienten?</i></p> <p>Ja, det er det definitivt. Skal jeg utbrodere?</p> <p><i>Det jeg tenker, da, er at vi starter stort, og så går vi inn på noe etter hvert.</i></p> <p>Det er veldig ofte ”Hvor lenge skal man fortsette å behandle aktivt?”</p> <p>Hvor, når skal man si at ”Nei her, nå avslutter vi?” eller ”Her setter vi ikke i gang noen større tiltak”, for eksempel. Det synes jeg kanskje er det mest hyppigst forekommende og kanskje vanligste dilemma du står i hele tiden.</p>	<p>Etisk dilemma: Hvor lenge skal man fortsette å behandle aktivt? Når skal man si at man avslutter? Mest hyppigst. Står i det hele tiden.</p>		Når skal man avslutte behandling?	Når er nok nok?
x.2	<p><i>Hvis vi tar utgangspunkt i det med hvor lenge du skal holde på med aktiv behandling, har du en eller to situasjoner som du husker litt om hvordan du opplevde det? Noe som kan ha skjedd nylig eller tidligere?</i></p> <p>Ja, det er jo så hyppig at det er hver dag. Egentlig.</p>	<p>FT opplever dilemma om når nok er nok daglig.</p> <p>Pasienteksempel: Har avsluttet pasient. Lite å gjøre i forhold til funksjonsbedring, men føler en kanskje kunne gjort noe likevel som kunne vært godt for pasienten men ikke ha noe å si for funksjon.</p>	<p>FT sier noe om at hun mener en må slutte når det ikke er mer å hente. Men hvordan kan man vite det sikkert? Er det nettopp det hun synes er vanskelig å si noe om? Hvorfor føles dilemmaet så sterkt? Er det</p>	Når behandling ikke har objektiv effekt, men det likevel gir mening for pasienten.	Når er nok nok?

	<p>Akkurat nå har jeg en pasient som jeg har avsluttet. Fordi jeg mener det egentlig ikke er noe å hente. Sånn i forhold til funksjonsbedring, kanskje. Men, som du likevel kjenner at du kunne ha gjort noe for. Som kanskje den pasienten ville synes var behagelig eller ville ha gjort godt, på en måte. Men som likevel ikke ville ha betydd det store i forhold til funksjonsnivå. Eller selvstendighet. Akkurat den biten er vanskelig.</p>		<p>fordi det er et annet menneske hun tar valg for?</p>		
x.3	<p>For vi kan jo behandle og behandle og behandle til siste dag, egentlig. Og uten at vi kanskje objektivt oppnår noen bedring i funksjonsnivå eller at vi kommer noe lenger, men at pasienten likevel vil sette pris på det. Og oppleve at det betyr noe.</p>	<p>Selv om det ikke gir objektiv bedring, kan en fortsettelse av behandlingen være til nytte og ha mening for pasienten.</p>	<p>Hvorfor kan man ikke fortsette behandling så lenge pasienten ser mening og nytte av det?</p>	<p>Når behandlingen ikke har objektiv effekt</p>	<p>Når er nok nok?</p>
x.4	<p>Men så har vi også den andre, hvis du snur deg helt andre veien, så har vi også situasjoner hvor du har skrøpelige pasienter der du vet at litt arbeid ville ha betydd noe for situasjonen, men da hvor pasienten ikke orker dette. Og det kan være veldig vanskelig. Når du</p>	<p>Etisk dilemma: Når du ser du kunne gjort noe, men pasienten er ikke motivert.</p>	<p>FT sin erfaring tilsier at motivasjon er en vesentlig faktor for å få til noe i det hele tatt.</p>	<p>Når pasienten ikke orker Hvordan (og hvorfor) skal man da få til å motivere pasienten?</p>	<p>Motivasjon</p>

	ser at du kunne ha gjort noe, men du klarer ikke å motivere pasienten til å være med.				
--	---	--	--	--	--

VEDLEGG 3: MATRISE 2

HOVEDKATEGORI	Int 1	Int 2	Int 3	Int 4	Int 5	Total
Hvor mye informasjon skal pasienten få?/Være ærlig på det som kreves/Ikke ta motet fra pasienten	19					19
FT rolle (og makt)	6	1	7	3		17
Å gi pasienten flere sjanser / Å kjempe for pasienten(Å være sikker på en utskrivelse.)/(Passer den eldre skrøpelige slagpasienten inn i dagens sykehussystem? Er det rom og tid nok for	18	5	3	2	1	29
Store avgjørelser og etiske dilemma: Ikke en oppgave for fysioterapeuten alene	1					1
Motivasjon	8	17	13	28	15	81
NÅR ER NOK NOK? Hvor lenge skal man holde på? (Når sette strek)	2	26	3	33	15	79
Den skrøpelige eldre pasienten: Mer tid grunnet komplikasjoner/ tid til rehab av den eldre skrøpelige slagpasienter (Ressurser, prioritering, tid)(Eller er dette en subkategori? Hører dette til hovedkategori ressurser/prioritering?)	5					5
Den spreke pasienten: Raskere ut.	1					1
Prioritering/ Ressurser/Organisering	16	27	23	19	29	114
Vanskelige etiske dilemmaer: en oppgave for flere enn fysioterapeuten alene	2	1				3
Åpenhet/ærlighet/redelighet	1					1
Tverrfaglig team i etiske dilemmaer: Utfyller hverandres perspektiv.	2					2
Pas rolle/medbestemmelse/Autonomi/ Pasientens rett til å bestemme selv (AUTONOMI)	2		12		5	19
Fokus på etikk på arbeidsplassen/i arbeidshverdagen /Etisk refleksjon på arbeidsplassen / Etisk refleksjon i arbeidshverdagen.	9	24	6	4	11	54
Taushetsplikt	6			2		8
Ulike fagtradisjoner/ valg av metode/Utfordringer med å jobbe sammen etter omorganisering/ Det å tenke ulikt/ Utrygghet. Eller: Når en ikke er enig i behandlingsmetode	16					16
Når noen ikke er interessert i pasientene		1				1
Å se pasienten der han/hun er		9	12	1	2	24

TID og ROM for den eldre skrøpelige slagpasienten		7	4	2		13
Betydningen av kunnskap og forståelse for å se pasienten og gi mest mulig optimal behandling		2				2
KOMMUNIKASJON (Når kommunikasjonen med pasienten blir vanskelig. Eller bare: "Kommunikasjon"? Eller: Når pasienten ikke forstår... Eller: Hva med pasienten som gir begrenset tilbakemelding?)		1		1	1	3
"Hvor mye skal vi presse?" "Hvor mye skal vi gjøre?"		1	2			3
Makt, roller og autoritet		2			8	10
Organisering			5	1		6
Pårørendes rolle og makt (i etiske dilemma)			6	8		14
TVF rolle og makt			1			1
Vurdering av kognitiv funksjon			1			1
Vurdering av funksjonsnivå			1			1
Akutt slag: et kaos/en krise			1	3		4
Hvordan definere rehabiliteringspotensiale?			1			1
Bevissthet rundt egen rolle: Ubehagelig innimellom			1			1
Å sende dilemmaet videre				4		4
Når pasienten ikke kan svelge				1		1
PEG eller ikke PEG				3		3
Hvordan løse etiske dilemmaer (Valgets kval)				3		3
Å trø over pasientens grenser					2	2
Samarbeid/betydningen av å være flere (miljø for trygt samarbeid)/Organisering/ambulant team					19	19
Verdighet, integritet og prioritering					1	1
Relasjon (og kommunikasjon)					2	2
TOTALT	114	124	102	118	111	569/569

VEDLEGG 4: MATRISE 3

TEMA	HOVEDKATEGORI	Int 1	Int 2	Int 3	Int 4	Int 5	Tot pr Int	Tot pr Tema
ROLLER OG MAKT	FT rolle (og makt)	6	1	7	3		17	66
	Pas rolle/medbestemmelse/Autonomi/Pasientens rett til å bestemme selv (AUTONOMI)	2		12		5	21	66
	Makt, roller og autoritet		2			8	10	66
	Pårørendes rolle og makt (i etiske dilemma)			6	8		14	66
	TVF rolle og makt			1			1	66
	Bevissthet rundt egen rolle: Ubehagelig innimellom			1			1	66
	Relasjon (og kommunikasjon)					2	2	66
MOTIVASJON	Hvor mye informasjon skal pasienten få?/Være ærlig på det som kreves/Ikke ta motet fra pasienten	19					19	110
	Hvordan og hvorfor motivere den umotiverte eldre skrøpelige slagpasienten?	8	17	13	28	15	91	110
DEN ELDERE SKRØPELIGE SLAGPASIENTEN	Å gi pasienten flere sjanser / Å kjempe for pasienten(Å være sikker på en utskrivelse.)/(Passer den eldre skrøpelige slagpasienten inn i dagens sykehussystem?)	18	5	3	2	1	29	175
	NÅR ER NOK NOK? Hvor lenge skal man holde på? (Når sette strek)	2	26	3	33	15	79	175
	Å se pasienten der han/hun er		9	12	1	2	24	175
	TID og ROM for den eldre skrøpelige slagpasienten	5	7	4	2		18	175
	"Hvor mye skal vi presse?" "Hvor mye skal vi gjøre?"		1	2			3	175
	KOMMUNIKASJON (Når kommunikasjonen med pasienten blir vanskelig. Eller bare:"Kommunikasjon"?Eller: Når pasienten ikke forstår...Eller: Hva med pasienten som gir begrenset tilbakemelding?)		1		1	1	3	175
	Vurdering av kognitiv funksjon			1			1	175
	Vurdering av funksjonsnivå			1			1	175
	Akutt slag: et kaos/en krise			1	3		4	175

	Hvordan definere rehabiliteringspotensiale?			1			1	175
	Når pasienten ikke kan svelge PEG eller ikke PEG				1		1	175
	Hvordan løse etiske dilemmaer (Valgets kval)				3		3	175
	Å trø over pasientens grenser					2	2	175
	Den spreke pasienten: Raskere ut.	1					1	175
	Betydningen av kunnskap og forståelse for å se pasienten og gi mest mulig optimal behandling		2				2	175
SAMARBEID	Store avgjørelser og etiske dilemma: Ikke en oppgave for fysioterapeuten alene	3	1				4	42
	Tverrfaglig team i etiske dilemmaer: Utfyller hverandres perspektiv.	2					2	42
	Ulike fagtradisjoner/ valg av metode/Utfordringer med å jobbe sammen etter omorganisering/ Det å tenke ulikt/ Utrygghet. Eller: Når en ikke er enig i behandlingsmetode	16					16	42
	Når noen ikke er interessert i pasientene		1				1	42
	Samarbeid/betydningen av å være flere (miljø for trygt samarbeid)/Organisering/ambulant team					19	19	42
PRIORITERING, RESSURSER og ORGANISERING	Prioritering/ Ressurser/Organisering	16	27	23	19	29	114	124
	Organisering			5	1		6	124
	Å sende dilemmaet videre				4		4	124
FOKUS PÅ ETIKK I ARBEIDSHVERDAGEN	Åpenhet/ærlighet/redelighet	1					1	65
	Fokus på etikk på arbeidsplassen/i arbeidshverdagen /Etisk refleksjon på arbeidsplassen / Etisk refleksjon i arbeidshverdagen.	9	24	6	4	11	55	65
	Taushetsplikt	6			2		8	65
	Verdighet, integritet og prioritering					1	1	65

VEDLEGG 5: MATRISE 4

HOVEDTEMA	UNDERTEMA
Etiske dilemmaer knyttet til eldre skrøpelige slagpasienter (282)	<ul style="list-style-type: none">- Når er nok nok?- Hvordan og hvorfor motivere eldre skrøpelige slagpasienter?- Å se pasienten der han/hun er- Å gi pasienten en sjanse
Etiske dilemmaer knyttet til systemiske faktorer (231)	<ul style="list-style-type: none">- Prioritering og ressurser: interne forhold- Prioritering og ressurser når pasienten skal skrives ut- Fokus på etiske dilemmaer i arbeidshverdagen- Samarbeid
Etiske dilemmaer knyttet til roller og makt (68)	<ul style="list-style-type: none">- Fysioterapeutens rolle og makt- Pasientens rolle og makt- Pårørendes rolle og makt

VEDLEGG 6: TILLATELSE FRA NSD TIL LAGRING AV PERSONDATA

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Nina Emaus
Institutt for helse- og omsorgsfag
Universitetet i Tromsø
MH-bygget
9037 TROMSØ

Vår dato: 20.06.2011

Vår ref: 27200 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.05.2011. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 09.06.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

27200	<i>Fysioterapenters erfaringer med etiske dilemmaer i møte med den eldre skrepelige slagpasienten</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Nina Emaus</i>
Student	<i>Kristin Fiskaa</i>

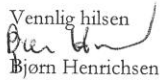
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henriksen


Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Kristin Fiskaa, Jens Gjerløvsvei 22, 4841 ARENDAL

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no

VEDLEGG 7: INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKESKJEMA

INFORMASJONSSKRIV OM DELTAKELSE I MASTERGRADSPROSJEKT

Hensikten med dette mastergradsprosjektet i Master i Helsefag med fordypning i nevrologisk fysioterapi for voksne, er å identifisere og belyse etiske dilemmaer som fysioterapeuten erfarer i sitt arbeid med eldre skrøpelige slagpasienter og hvilken betydning dette eventuelt kan ha for klinisk praksis.

Problemstillingen er som følger: Hvilke etiske dilemmaer erfarer fysioterapeuten i arbeid med den eldre skrøpelige slagpasienten, og hvilken betydning kan disse erfaringene ha for klinisk praksis?

Dette prosjektets hovedinteresse er fysioterapeuters erfaringer. For å få tilgang til fysioterapeuters erfaringer har jeg valgt å gjøre en kvalitativ metode og da intervjuer fysioterapeuter. I kvalitativ metode utvikles forståelsen av data gjennom hele forskningsprosessen. Under intervjuet vil jeg bruke en intervjuguide. I intervjuguiden er temaene fastlagt på forhånd, men rekkefølgen av temaene bestemmes underveis. Temaene vil omhandle fysioterapeuters erfaringer i forhold til etiske dilemmaer i møte med den skrøpelige eldre slagpasienten. Ved bruk av intervjuguide kan jeg som forsker følge informantens fortelling, men samtidig få informasjon om de temaene som er fastlagt i utgangspunktet. Jeg vil også være åpen for at du som informant kan ta opp temaer som jeg ikke hadde tenkt på i forkant.

Intervjuet vil bli tatt opp med båndopptaker. Materialet vil bli transkribert av undertegnede etter hvert intervju, og det vil bli bearbeidet videre for kategorisering og bruk av teori. All data vil bli behandlet konfidensielt. Materialet på båndopptakeren vil oppbevares låst under hele forskningsprosjektet og vil bli slettet etter innlevering og sensur av oppgaven som vil være i juni 2012.

Jeg vil kontinuerlig tilstrebe å ta hensyn til informantens vurderinger, motiver og selvrespekt. For å sikre at opplysningene fra informantene blir beholdt konfidensielle, skal jeg tilstrebe og utforme teksten slik at informantenes identitet tilsløres. Der det vil komme frem episoder og beskrivelser ifra klinisk praksis, vil dobbel anonymisering bli ivaretatt. Dette vil si at både du som informant må gi anonym informasjon i løpet av intervjuet, og at jeg som forsker vil anonymisere informasjon som kommer frem.

I prosjektet er forsker og veileder underlagt taushetsplikt.

Som forsker vil jeg kontinuerlig søke å vise teoretisk bredde ved å representere både informantenes selvforståelse men også min egen tolkning som forsker. Jeg vil prøve å tydeliggjøre hva som er mitt eget perspektiv og hva som er informantenes forståelse, og jeg vil tilstrebe og få frem bredde og nyanserikdom i materialet.

Datamaterialet skal bli brukt til mastergradsoppgaven som er beskrevet. I tillegg vil det kunne bli aktuelt å bruke det i forbindelse med en forskningsartikkel med samme tema. Den eventuelle forskningsartikkelen vil eventuelt bli publisert i et fysioterapitidsskrift.

Du som informant har til enhver tid rett til å avbryte din deltakelse i prosjektet. Et samtykke kan trekkes tilbake på et hvilket som helst tidspunkt uten at noen grunn må oppgis. Dette gjøres ved å kontakte prosjektleder _____ på telefon _____ eller email: _____

INFORMERT SAMTYKKE:

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Sted og dato: _____

Navn: _____

