

Baggrund

Sygeplejerskers etiske praksis er genstand for en lang række analyser. De empiriske undersøgelser kan med fordel deles i tre grupper. For det første (1) analyseres etikken i de forskellige grene af sygeplejens kliniske praksis, hvilket eksempelvis kunne være dele af psykiatrien eller onkologien. Disse deskriptive studier afdækker etiske spørgsmål, situationer, dilemmaer, konflikter og problemstillinger i netop denne praksis. For det andet (2) analyseres de specifikke og generelle etiske problemstillinger i sygepleje. Generelle etiske problemstillinger kan eksempelvis berøre eutanasi og abort. Specifikke etiske problemstillinger kan berøre sygeplejerskers møde med patienter af forskelligt køn, alder, etnisk baggrund, diagnose/prognose etc.. En tredje gruppe (3) undersøgelser analyserer de etiske begreber i sygeplejen. Det kan dels være grundbegreber såsom autonomi og empati, dels grundværdier såsom respekt, ansvar og åbenhed og dels dyder og laster såsom modighed, dumdristighed, venlighed og ydmyghed. Som empirisk undersøgelse vil denne sidste gruppe undersøgelser typisk gå på tværs af mindst en af førnævnte grupper (1,2).

Etisk refleksion og handling i sygeplejen

Ud fra ovenstående tredeling vil nærværende undersøgelse være forankret i tredje gruppe af undersøgelser. Projektet fokuserer på begreberne refleksion og handling i sygeplejens etiske praksis med en empirisk funderet analyse bundet til udvalgte dele af sygeplejens kliniske praksis. Samtidig vil etiske problemstillinger i dette felt blive belyst, hvilket imidlertid kun sker inden for rammerne af projektets overordnede formål. Forud for en detaljeret beskrivelse af projektets formål og arbejdshypoteser skal projektet grundfæstnes i den aktuelle forskning.

Etiske refleksioner i sygeplejen

I den fortsatte eksponering af etik i sygeplejen synes én ting at stå fast. Etisk refleksion er godt, manglende etisk refleksion er ufagligt (Durgahee 1996, Doane 2002). Før en nærmere analyse af refleksionsbegrebet, i relation til etik i sygepleje, skal etisk

refleksion her forstås meget bredt som et forhold til praksis, hvor personer, handlinger og handlingers konsekvenser lader sig kritisk vurdere. Ethiske refleksioner ses ofte som et læringsredskab og tager derfor sit faglige udgangspunkt i sygeplejerskeuddannelsen. En engelsk undersøgelse (Durgahee 1996) konkluderer, at studerende som har gennemført grupperefleksioner under uddannelsen, et år senere beskriver (gennem semistrukturerede interviews) deres evner til (1) kritisk at tænke og analysere kliniske problemstillinger, (2) at lytte og observere, og (3) opnår indsigt i kliniske situationer og egen omsorgsfilosofi. Undersøgelsen fokuserer ikke på etiske refleksioner, hvorfor det ikke kan udelukkes, at der her findes et særligt felt, hvor refleksioner skaber en etisk prokrustesseng. Et engelsk pilotstudie (Parsons et. al. 2001) viser dog, at sygeplejestuderende ser en teoretisk og reflektiv uddannelse i sygeplejeetik som en udvikling af evnen til etisk argumentation og en mulighed for at analysere værdierne i et etisk dilemma. Gallagher og Wainwright (2005) fremhæver imidlertid, at den etiske refleksion skaber en adskillelse mellem et rationelt *begreb* om praksis (ethical theory) på den ene side og et mere personafhængigt *greb* i praksis (ethical practice) på den anden side. Set fra denne vinkel vil vi med den etiske refleksion være tilbøjelige til at indtage betragterrollen og dermed undgå at lade den etiske situation være et spejl, der viser os som etiske personer. Den etiske refleksion kan derfor anonymisere etikken via brugen af generelle etiske begreber, hvilket adskiller den etiske person fra den etiske situation. Samtidig vil den etiske refleksion appellere til brug af etiske teorier, værdier, retningslinjer og andre etiske kodeks. Meulenbergs et al. (2004) har gennem litteraturstudier af etiske kodeks og retningslinjer fremhævet det forhold, at etiske refleksioner opfordrer til en instrumentel praksis, hvor etikken herigennem bliver et redskab, vi kan arbejde med. Etikken objektiveres som normer og værdier, vi kan påvirke, hvor vi selv fungerer som beskuerer af egen praksis. Dette understøttes af Gastmans (2002), som fremhæver, at sygeplejen på den ene side kan udvikle en filosofisk reflektiv tilgang til den etiske praksis, hvilket former en rationalistisk og holdningspræget handlekompetence. På den anden side vil en mere praksisintegreret dydsteori kunne udvikle mere kontekstuelle handledskaber. Såfremt den etiske sygeplejepsis i højere grad baserer sig på sygeplejerskens karakter og dermed

personlighed, kan der imidlertid ske det, at man mister det professionelle ansvar, som ikke kan reduceres til et personligt ansvar (Brody 1988).

Etisk refleksion og etiske retningslinjer

Etiske råd og komiteer vil i reglen besidde den primære opgave at behandle de etiske problemstillinger, som den kliniske praksis rejser, for dernæst som en central opgave at nedfælde etiske kodeks, retningslinjer og andre værdi- eller regelsæt. Dette arbejder tiltrækker sig stor opmærksomhed, hvilket bl.a. illustreres gennem tidsskriftet 'HealthCare Ethics Committee Forum' (HEC Forum), der primært optager artikler, der udspringer af arbejdet i og med de etiske råd og komiteer. Konstitueringen af og arbejdet i etiske råd, nævn og komiteer skal ikke behandles her. I denne sammenhæng skal der blot fokuseres på de undersøgelser, der beskriver forbindelsen (eller mangel på samme) mellem de etiske retningslinjer og den etiske praksis i sygeplejen. Her skal det indledningsvis nævnes, at de fleste undersøgelser af etisk refleksion i sygeplejens praksis inddrager etiske kodeks og retningslinjer som en del af refleksionsarbejdet.

Esterhuizen (1996) påpeger, at flere undersøgelser understreger det forhold, at sygeplejersker ikke refererer til etiske kodeks i forbindelse med etiske situationer i klinisk praksis. Der opstår således det umiddelbare paradoks, at praktiserende sygeplejersker på den ene side ønsker og ser nødvendigheden af etiske kodeks og etiske retningslinjer, samtidig med at sygeplejersker på den anden side ikke transformerer etiske kodeks og retningslinjer til de etiske situationer (Greipp 1992, Biton og Tabak 2003, Heymans et al. 2007). Hertil skal det imidlertid understreges, at selvom sygeplejersker ikke *oplever* nytten af de etiske retningslinjer i hverdagens praksis, betyder det ikke nødvendigvis, at de etiske retningslinjer ikke *er* nyttige, eller at de ligger fjernt fra etikens udøvelse. Som eksempel kan det tænkes, at erfarne praktikere faktisk set handler efter disse regler, hvorfor det netop er de nye studerende, der drager den største fordel af disse små etiske vejvisere. Desuden kan etiske retningslinjer have flere kulturelle funktioner, hvilket eksempelvis kan ses i tilknytning til skabelsen og opretholdelsen af en professionsidentitet. Esterhuizen

(1996) pointerer dog, at de fleste etiske kodeks i sig selv lægger op til en normativ funktion frem for en disciplinær, juridisk eller faglig og kulturel funktion.

Etiske kodeks og retningslinjer appellerer til refleksion ud fra etiske begreber og termer, som ikke umiddelbart applikeres til etiske situationer. Hussey (1996) formulerer det således: '*...the very nature of morality ensures that the codes cannot be all a moral agent need for guidance*'. I stedet kommer de etiske situationer til udtryk gennem personlige udfald i form af frustrationer og resignationer (Corley & Raines 1993). Med professionaliseringen af etik i sygeplejen gennem etiske råd og kodeks etableres derfor en kløft (*The ethical divide*) mellem sygeplejerskens etiske karakteregenskaber såsom ærlighed, mod og retfærdighed på den ene side og intellektuelle etiske/filosofiske begreber på den anden side (Gallagher & Wainwright 2005). Tilstedeværelsen af denne kløft bekræftes gennem en israelsk spørgeskemaundersøgelse (Biton og Tabak 2003), hvor 158 praktiserende sygeplejersker bl.a. blev spurgt om denne adskillelse. Som et eksempel på kløften mellem karakterduelighed og etiske kodeks peger Milton (1999) på værdien autonomi, som stort set altid fremhæves blandt de etiske kodeks. Denne værdi nævnes, uden at sygeplejersker herigennem kan finde vej til en konkret handlepraksis, dvs. hvordan patientautonomien forvaltes i klinisk praksis. Som et mere konkret eksempel giver en international undersøgelse blandt finske, græske og italienske sygeplejersker (Heikkinen et al. 2006) nedenstående eksempel, hvor en græsk sygeplejerske udtaler sig: '*During a night shift a patient said to me: 'Please, if I become comatose let me die in peace. I ask for dignity in my death'. This code does not protect me. It says that I ought to respect the patient's personality and free will and on the other hand 'I should show boundless respect for human life.'* (Ibid. p. 315).

Gastmans og Verpeet (2006) påpeger, at det er paradoksalt at se, hvordan en lang række lande har udviklet etiske kodeks samtidig med, at det stort set ikke er undersøgt, hvordan sygeplejersker i klinisk praksis ser på disse etiske kodeks. Få undersøgelser er dog blevet publiceret i det nye årtusinde. En belgisk undersøgelse konkluderer, at udarbejdelsen af etiske kodeks bør ske i tæt samråd med praktiserende sygeplejersker (Verpeet et al. 2005). Via otte fokusgruppeinterviews

blev 50 belgiske sygeplejersker spurgt om deres syn på etiske kodeks, deres indhold og funktion. De så retningslinjerne som identitetsskabende (ekstern funktion) og retningsgivende i den etiske praksis (intern etisk funktion). Samtidig var det afgørende, at etiske kodeks definerede sygeplejen som en relationel aktivitet og ikke en rationel aktivitet (Ibid.). Stort set samme konklusion når Heymans et al. (2007) frem til gennem seks fokusgruppeinterviews med i alt 39 hollandske sygeplejersker. Det etiske kodeks er for abstrakt og løsrevet fra klinisk praksis, hvilket primært appellerer til generelle etiske diskussioner. Samtidig fremhæves det, at det etiske kodeks præsenterer en række generelle værdier, som alle kan være enige om, men som alle har hver deres forskellige tolkning af (Heymans et al. 2007, p. 163-164).

En italiensk undersøgelse, der bygger på otte fokusgruppeinterviews med 49 sygeplejersker præsenterer de etiske retningslinjer, som et konkret etisk instrument (Barazzetti et al. 2007). De italienske retningslinjer er deontologiske, dvs. regelbundne i henhold til sygeplejerskens ansvarsområde. Undersøgelsen konkluderer, at de adspurgte sygeplejersker ser retningslinjerne som et redskab til etisk refleksion (ibid. p. 90ff.). dette nuanceres imidlertid af flere sygeplejersker, som ikke ser retningslinjerne som direkte problemløsende, men mere som reflektivt redskab til at kunne arbejde med løsningen af de etiske dilemmaer i klinisk praksis (Ibid. p. 91). Som et væsentlig forhold skal det nævnes, at de involverede sygeplejersker i nævnte undersøgelse selv har været del i den proces, hvorigennem retningslinjerne blev revideret (1999 udg.). Undersøgelsen diskuterer ikke dette forhold. Man kan imidlertid som hypotese formode, at sygeplejerskerne på den baggrund har en mere positiv indstilling til retningslinjerne. En lignende belgisk undersøgelse, der præsenterer en analyse af otte fokusgruppeinterviews med 50 sygeplejersker, understreger det forhold, at de etiske retningslinjer ikke blot skal udarbejdes i tæt forbindelse med den konkrete praksis, men også udarbejdes af sygeplejersker til sygeplejersker alene (Verpeet et al. 2006). I samme undersøgelse konkluderes vigtigheden af fortsatte revisioner af etiske kodeks og retningslinjer, såfremt disse skal kunne fungere som reflektivt redskab (Ibid.). Som mulig spekulativ konsekvens vil man kunne forestille sig fremtidige retningslinjer, der

bliver så specialiserede, kontekstspecifikke og flydende på grund af fortsatte revisioner, at de mister den autoritet og idealisme de ofte er motiveret af.

Som antydnet er langt de fleste undersøgelser af etiske kodeks, og deres forbindelse med refleksioner i praksis, nationale. Dette hænger sammen med det forhold, at de mange nationale retningslinjer ofte divergerer i både form, indhold og hensigt. Desuden er der stadig flere lande, som slet ikke arbejder med etiske retningslinjer for sygeplejers praksis. I 2006 udarbejdede en gruppe forskere (Tadd et al. 2006) en større international undersøgelse, hvor 311 sygeplejersker tog del i 49 fokusgruppeinterviews (sygeplejersker fra England, Finland, Italien, Grækenland, Polen og Holland). Det primære spørgsmål var sygeplejerskernes viden om og holdninger til indhold, funktion og brug af etiske retningslinjer. Resultaterne bekræfter flere tidligere nationale undersøgelser. For det første havde langt de fleste sygeplejersker en meget lille viden om og forståelse af de etiske retningslinjer. De havde ikke kendskab til indholdet og troede ikke på deres praktiske værdi på grund af barrierer mellem retningslinjernes intension og deres effektive brug (dog ikke de italienske sygeplejersker jf. også ovennævnte italienske undersøgelse, Barazzetti, Radaelli og Sala 2007). Tadd et al. (2006) konkluderer, at etiske retningslinjer og kodeks fremstår som papirtigre i flere lande og har stort set ingen direkte indflydelse på klinisk praksis. Undersøgelsen understreger på dette grundlag, at der er behov for ændringer i den måde, etiske retningslinjer udarbejdes, formuleres, introduceres på uddannelsen og implementeres i klinisk praksis. Meget symptomatisk fremhæver Tadd et al. (2006) således en udtalelse fra en finsk sygeplejerske: *'When I look at this code, I use it every day . . . it is somehow in the background . . . without being aware of it . . .'* (Ibid. p. 382). Isoleret set peger udtalelsen i retning af en forståelse af etik som uskrevne regler, hvor etikken i form af pamfletter, kodeks o. lign. i højere grad fungerer som kulturel identifikation og profilering af faglige kompetencer (Ibid. p. 383ff.). Generelt for ovennævnte undersøgelse ser sygeplejersker mere på retningslinjerne som en faglig og kulturel reference end et egentligt redskab til refleksion. Tre udtalelser fra tre nationalt forskellige sygeplejersker fremhæves til dokumentation af den manglende forbindelse mellem refleksion og etiske kodeks: *(1)'I found myself facing dilemmas, but*

honestly I never thought about getting the code to see what it said about that.’,(2) ‘It is very good at guiding our professional practice but it doesn’t really make you think of the ethical issues.’,(3) ‘When I am confronted with ethical dilemmas during my practical work I refer to my own norms and values, not to the principles of the code. But I think these are the same.’ (Ibid. p. 385).

Handlingsetik

Som mulig negation til etisk refleksion skal her anvendes begrebet handlingsetik. Begrebet er valgt af primært to grunde. For det første kan det forsvares, at refleksioner er praksisforankrede (Schön 1983). For det andet er handlingsetik en benævnelse, der semantisk afgrænses meget forskelligt. Kategorien ‘handlingsetik’ skal senere behandles mere indgående, men handlingsetikken skal i denne sammenhæng blot ses som modstykke til den etiske refleksion, som den tidligere blev defineret. Som negation til etisk refleksion er handlingsetikken således en måde at være og arbejde med etikken på, hvor sygeplejersken handler umiddelbart, dvs. uden midler såsom etiske retningslinjer, etiske teorier og andet begrebsligt tankegods. Der handles etisk ud fra erfaringsbaserede dyder og andre personafhængige færdigheder. Det afgørende vil på den baggrund være, at jeg i en etisk sammenhæng, gennem mine erfaringer, sliber min karakter for derigennem at finde den rette handling. En græsk undersøgelse (Lemonidou et al. 2004) har på baggrund af en fænomenologisk analyse af sygeplejestuderendes oplevelser med etiske situationer konkluderet, at etik essentielt set er noget, sygeplejersken som person skal dyrke gennem flere år og som kultiverer hendes vaner i hverdagens praksis. Undersøgelsen verificerer samtidig hypotesen om, at etik i første omgang baserer sig på en forening af normer og værdier, jeg pålægger mig selv, og ikke noget jeg pålægges udefra.

Som en analyse af to etiske studier i klinisk sygeplejepsik har en belgisk undersøgelse (Dierckx de Casterlé et al. 2004) konkluderet, at der med en refleksiv akademisk tilgang til etik i sygeplejen skabes et øget behov for en oplyst sammenhæng mellem de generelle etiske retningslinjer og de konkrete etiske situationer. I modsat fald risikerer etikken at blive teknisk rigid og uforenelig med de

konkrete situationer. *Good (ethical) care thus requires nurses to be prepared to “bend” rules, norms and other conventions if they do not fit the situation of the patient and to act according to their own analysis and insight if this is required by the situation of the patient* (Ibid., p. 33-34). Ethiske refleksioner kan dog være frugtbare men er blot et middel i situationen, hvor selve handlingsaspektet understreges. *In other words, nursing practice is ethical practice only when nurses reason ethically and implement the resulting ethical decisions* (Ibid., p. 33).

Opretholdes skellet mellem handlingsetik og refleksionsetik, kan der parallelt hermed skelnes mellem en personorienteret handlingsetik og en mere upersonlig refleksionsetik (Doane 2002). Dette kan sammenholdes med sygeplejerskeuddannelsen, som i den vestlige verden på mindst et punkt har udviklet sig ud fra disse parallelle dualiteter. Fra en uddannelse hvor pædagogikken var mindre skolastisk og mere behavioristisk, er uddannelsen fra 80'erne og frem blevet mere skolastisk og mindre behavioristisk. I skyggen af denne udvikling er etikken blevet gradvist mere upersonlig (Ibid). Dette forhold er samtidig forbundet med en række sociologiske forhold, som ikke skal uddybes her. Dog kan der henvises til Bauman (1993), der opretholder dette skel: *What we are learning, and learning the hard way, is that it is the personal morality that makes ethical negotiation and consensus possible, not the other way around ... unless moral responsibility arises from the heart (and is) somehow rooted in the very way we humans are – it would never be conjured up at a later stage by no matter how high-minded or highhanded an effort* (Bauman 1993, p. 34). Hvis sygeplejersker skal foretage en kritisk refleksion i en konkret situation, skal hun træde et skridt tilbage og fjerner sig dermed fra den personlige umiddelbarhed. Selvom denne refleksion kan transformeres til handling, engagerer den ikke automatisk sygeplejerskens personlighed. Der vil i højere grad være fokus på den kognitive proces og den etiske dømmekraft (Doane 2002, p. 523). Med handlingsetikken bliver etikken derfor i højere grad noget, sygeplejersken *er*, til forskel fra etik som noget jeg *følger*. Som empirisk studium har Varcoe et al. (2004) gennem 19 fokusgruppeinterviews med 87 sygeplejersker fra forskellige typer af klinisk praksis i Canada analyseret sygeplejerskers etiske handlen. Sygeplejerskerne beskrev den etiske

praksis som relationel og meget kontekstuel. Studiet appellerer således til en bevægelse væk fra en distancerende og disengageret etik i retning mod en mere personorienteret og kontekstualiseret handlingsetik (Ibid.). På baggrund af undersøgelsen fremfører Varcoe et al. (2004 p. 323), at udviklingen af den etiske sygeplejerske ikke må løsrides fra klinisk praksis, men må tage sit udgangspunkt i den enkelte person og den konkrete praksis. Ovennævnte studium beskæftiger sig ikke med refleksion, og det kan derfor ikke udelukkes, at netop etiske refleksioner kan og bør være en opbyggelig del af sygeplejerskens etiske praksis. Det afgørende synes derfor ikke at være en udvikling af enten refleksionsetik eller handlingsetik, men derimod at integrere både refleksion og handling for derigennem at forme en etik, der høster frugten af både teoretisk abstraktion og personlig erfaring. Der savnes imidlertid studier, der viser, hvordan etiske refleksioner virker og integreres i den konkrete sygeplejepraksis.

Projektmål

Mål og delmål

I udgangspunktet er nærværende studium funderet i spørgsmål, der rejser sig inden for sygeplejerskers etiske praksis. Den overordnede målsætning er at beskrive og nuancere billedet af denne etiske praksis for herigennem at præsentere et fundament for arbejdet med etik i sygeplejen. Der sigtes med andre ord efter et operationelt grundlag for det etiske virke i sygeplejen. Til indfrielse af dette formål rettes fokus på forholdet mellem det at reflektere og det at handle etisk i sygeplejens kliniske praksis. Dette udmøntes i en kritisk analyse af etikens praktiske udtryksformer i spændingsfeltet mellem etisk refleksion og spontan etisk handling. Her er det relevant at studere den måde, hvormed den etiske refleksion influerer på den etiske handling og omvendt. Mere præcist skal det afdækkes, hvordan etiske refleksioner står i forhold til spontane handlinger ud fra personlige værdier og karakteregenskaber.

Det skal allerede i udgangspunktet understreges, at der er tale om et eksplorativt studium, hvor der skal udvikles ny forståelse af sygeplejerskers etiske praksis. På den baggrund skal undersøgelsen munde ud i en række forslag og normative anvisninger til udvikling af sygeplejerskers etiske praksis. Mere konkret er tanken den at få lagt rammerne for et oplyst grundlag for arbejdet med etik i sygeplejen. Her tænkes dels på undervisningen i etik på sygeplejerskeuddannelsen og dels på arbejdet med etik i sygeplejens kliniske praksis. Mere generelt vil undersøgelsen intendere at skabe større forståelse for den etiske praksis i sundhedsvæsenet.

Projektets hovedspørgsmål formuleres som spørgsmålet om, hvordan etik praktiseres i sygeplejen. Dette hovedspørgsmål rummer en række delspørgsmål. Denne undersøgelse begrænser sig til en behandling af følgende fire delspørgsmål.

1. Hvis sygeplejersker reflekterer i den etiske praksis, hvordan kommer det så til udtryk, og hvornår finder det sted?

2. Hvad kendetegner den spontane etiske handling i sygeplejen?
3. Er der forbindelse mellem den bevidste etiske refleksion og den spontane etiske handling, og hvad identificerer denne relation?
4. Hvilken betydning har institutionens værdisæt og de sygeplejeetiske retningslinjer for sygeplejerskers refleksion og handling?

Ovenstående spørgsmål vil blive behandlet inden for en række nærmere specificerede metodiske og teoretiske rammer. Forud for udfoldelsen af disse rammer skal her præsenteres en række arbejdshypoteser, der i udgangspunktet skal være klarhed omkring.

Arbejdshypoteser

Gennem mange år har jeg arbejdet med etik i sygeplejen, hvilket bl.a. har udmøntet sig i undervisning, foredrag og en række publikationer af forskellig art. Samlet set har dette arbejde medført en mængde tanker, ideer og meninger om sygeplejerskers etiske praksis. De tanker, der binder sig til det aktuelle studium, skal her ekspliciteres. Tankerne vil blive opstillet som arbejdshypoteser, så det af den vej bliver muligt at opstille relevante falsifikationskriterier. Det er imidlertid ikke disse arbejdshypoteser, der intenderes at styre arbejdet med projektets overordnede målsætning. Blot ser jeg en videnskabsteoretisk vigtighed i at synliggøre fordomme, formeninger og andre mere eller mindre begrænsende skyklapper.

1.: Etisk refleksion kan skabe et distanceret forhold til patienten

Det er min opfattelse, at refleksion, her bredt forstået som et forhold til praksis, kan bevirke, at sygeplejersken skaber en mental afstand til patienten. Her opererer jeg med begreberne nærhed og distance. Er man således i et refleksivt forhold til noget, vil dette i udgangspunktet løsrive mennesket fra et umiddelbart nærvær. På dette punkt er jeg præget af fænomenologien med særlig reference til Husserl (1901, 1913) og Heidegger (1927). På baggrund af denne arbejdshypotese er det vigtigt for

undersøgelsen, at åbne for den mulighed, at refleksion i sig selv kan ske i et nærvær, men også facilitere et nærvær.

2.: Spontane etiske handlinger viser sig i form af umiddelbarhed i mødet med patienten

I modsætning til den etiske refleksion ser jeg handlingsetikken praktiseret gennem umiddelbarhed, hvor sygeplejersken ikke forholder sig med tankens midler, men lader situationen fortælle om rigtigt og forkert, godt og ondt. Her er jeg præget af læsninger af Løgstrup (1956, 1968, 1972, 1978) og Levinas (1996, 2002). Til grund for undersøgelsen skal der således åbnes for den mulighed, at umiddelbarhed og spontanitet eksempelvis kan medføre en ureflekteret krænkelse af patienten.

3.: Der er forskel på den måde ældre og yngre sygeplejersker handler og reflekterer etisk.

Det er min formodning, at yngre sygeplejersker tendentielt vil reflektere mere end ældre sygeplejersker, hvor ældre sygeplejersker i højere grad handler etisk på baggrund af erfaring. Denne formodning finder bl.a. sin rod i det forhold, at sygeplejestuderende i langt højere grad end tidligere bliver opfordret og fagligt klædt på til refleksion i praksis. Når jeg i denne sammenhæng taler om ældre og yngre sygeplejersker, tænkes der både på fysisk alder og arbejdsalder. Arbejdshypotesen er den, at høj alder (fysisk alder og arbejdsalder) korrelerer med spontane etiske handlinger, hvor lav alder korrelerer med etisk refleksion. Med denne arbejdshypotese bliver det vigtigt at åbne for den mulighed, at ældre sygeplejersker reflekterer eller gør det på en anden måde i forhold til yngre sygeplejersker. Parallelt hermed skal det medtænkes, at yngre sygeplejersker, som mulighed, ikke reflekterer i etisk praksis relativt til ældre kolleger.

4.: For 30-40 år siden blev forståelsen af etik primært knyttet til sygeplejerskens karakteregenskaber. I dag ses etik i højere grad som et redskab, sygeplejersken anvender.

Min tanke er den, at etik i sygeplejen er blevet et instrument. Sygeplejersker er blevet etiske forbrugere, hvor etiske retningslinjer fungerer som et vigtigt instrument (Birkler 2006a, 2006b, 2007a, 2007b). Denne tanke følger som en konsekvens af en sygeplejerskeuddannelse, hvor stadig flere etiske teorier præsenteres og diskuteres. Der er således sket en bevægelse fra etik som egenskab til etik som redskab. Med denne tanke er det vigtigt at skabe mulighed for empirisk falsifikation. Sagt med andre ord skal undersøgelsen åbne for den empiriske mulighed, at sygeplejersker i væsentligt omfang bruger sig selv til trods for udgivelsen af stadig flere etiske kodeks og retningslinjer.

5.: De sygeplejeetiske retningslinjer anvendes ikke til løsning eller opløsning af de konkrete etiske situationer.

Det er min opfattelse, at sygeplejeetiske retningslinjer intenderes brugt i etiske situationer, men forbliver en papirtiger til profilering og identificering af sygeplejefaget. Empirisk skal der omvendt åbnes for den mulighed, at de etiske retningslinjer rent faktisk benyttes ikke blot som reflektivt redskab, men også på andre mulige måder.

Egen fagetisk overbevisning

For at kunne behandle og ikke omgå forskersubjektiviteten er det, foruden ovenstående arbejdshypoteser, relevant, at ekspliciterer min egen mere generelle fagetiske overbevisning. Jeg anfægter det, jeg kalder for instrumentaliseringen af etikken gennem etiske teorier, modeller og retningslinjer (Birkler 2003, Birkler 2006a, Birkler 2006b, Birkler 2006c, Birkler 2007). Modsat forfægter jeg en dydsetik, hvor arbejdet med personegenskaber (dueligheder) ikke blot beskriver etisk praksis, men også anviser vejen til god praksis. Med dydsetikken ser jeg en uadskillelig sammenhæng mellem etik og personlighed, hvor dyrkelsen af karakteregenskaber

gennem erfaring afspejler etikens egenart. Med dydsetikken som fagpersonligt hjemsted er jeg særlig inspireret af Aristoteles (1999), MacIntyre (1985) og Anscombe (1997) (se også p. 83 ff.). Med denne faglige forankring og forståelse er det en vigtig erkendt opgave ikke blot at fastholde bevidstheden om dette subjektive forhold ved undersøgelsen, men også arbejde med intentionen om at være en af ideologiens største kritikere.

Datagenerering

Til indfrielse af projektets mål og delmål er undersøgelsens empiriske del forankret inden for en kvalitativ metodisk ramme. Med valget af en kvalitativ metodisk tilgang fokuseres særligt på det forhold, at etik berører normer, værdier og sædvaner i mere bred forstand. Normer og værdier synliggøres ikke mindst gennem sproget og meningsmæssige sammenhænge, hvorfor det kvalitative studium er et oplagt valg. Sagt med andre ord kan det synes vanskeligt at kvantificere etiske værdier såsom tillid og ansvarlighed. Med afsæt i et kvalitativt studium er det imidlertid ikke tanken rigtigt at ville ekskludere mulige kvantitative aspekter i undersøgelsen, men derimod at skabe et relevant metodisk udgangspunkt til indfrielse af projektets mål og delmål.

Deltagerobservation

Hvordan undersøges og analyseres sygeplejerskers etiske refleksioner og handlinger? Mit udgangspunkt er, at hvis sygeplejersker reflekterer og handler etisk, må det undersøges der, hvor det sker. Det synes derfor oplagt at følge sygeplejersker i deres arbejde og derigennem sandsynliggøre observationer af nogle sygeplejerskers etiske praksis. Her er der foretaget et eksklusivt valg, idet der fokuseres på sygeplejerskers kliniske praksis og særligt plejen af patienterne. På den baggrund er deltagerobservation valgt som metode, hvilket begrundes i metodens mulighed for at opfange kompleksiteten i de etiske situationer. Med deltagerobservation er det endvidere muligt at studere en meningsmæssig sammenhæng i den dynamiske etiske praksis. Ved at følge udvalgte sygeplejersker over en nærmere afgrænset periode observerede jeg, hvordan sygeplejerskers etiske refleksioner og handlinger kom til udtryk i en konkret praksis. Sygeplejerskens etiske virke blev observeret i samtalerne med patienter og kolleger. Mere konkret studeres sygeplejerskens etik som måden, hvormed værdier praktiseres. Dette skete dels gennem studiet af de på afdelingen italesatte egenværdier såsom respekt, ansvarlighed og professionalisme etc. Dels skete det via studiet af den måde, handlinger og personer værdisættes på baggrund af prædikater såsom rigtigt/forkert, god/ond etc. Det at følge sygeplejersker inden for

rammerne af deltagerobservation muliggjorde desuden iagttagelser af sygeplejerskers samvær med patienter, kolleger og andre faggrupper (Nielsen et al. 2006). I den forbindelse var sygeplejerskers mimik, gestik, kropsholdninger og bevægelser også betydningsgivende i tolkningen af den etiske praksis.

Metodiske overvejelser bundet til deltagerobservation

Generering af data gennem deltagerobservation er blevet en praksis, der rækker udover antropologien og etnografien. Særligt inden for sundhedsvidenskaberne anekteres metoden som en mulig vej til åbning af nye vidensområder. De anvendte kilder henviser ofte til de tavst kanoniserede grundbøger om deltagerobservation, hvor der skelnes mellem det at være 'deltager' og 'observerende deltager' i en social kontekst (ex. Spradley 1980, Sanjek 1990, Hastrup 2003, 2004). Dette skel bliver selvsagt nuanceret metodologisk bl.a. gennem en mere specifik deltagelsestypologi. Skellet mellem 'deltager' og 'observerende deltager' påkalder sig opmærksomhed, idet nærværende studium dels opererer inden for et særdeles værdiladet felt (etik) og dels fordi jeg qua min profession (filosofi) ikke kunne deltage per se. I det følgende skal det således præciseres, hvordan jeg metodisk arbejdede som deltager og observerende deltager.

Jeg deltog som medlever i den forstand, at jeg ikke deltog aktivt, men fulgte den enkelte sygeplejerske gennem dagens mange gøremål. Jeg tog ikke fysisk/praktisk del i de mange omsorgsopgaver, men var til stede før, under og efter udførelsen af disse opgaver. Som observerende deltager iagttog jeg særligt den måde, sygeplejerskerne tacklede valgsituationer, og ikke mindst lyttede jeg til dialogerne mellem sygeplejerske og patient. Jeg rettede særlig opmærksomhed på de situationer, hvor normer og værdier blev udfordret. Det kunne eksempelvis være situationer, hvor patienten ønskede en handling gjort, hvilket appellerede til værdien respekt ud fra patientens selvbestemmelsesret, men hvor sygeplejersken vurderede og/eller prioriterede anderledes med baggrund i værdierne ansvarlighed eller faglighed. Som nævnt var der særlig fokus på dialogerne mellem sygeplejerske og patient, men også dialogerne mellem sygeplejerske og pårørende, læge, kollega, studerende blev

observeret og noteret. Som notationsteknik anvendte jeg håndskrevne noter. Disse noter blev ikke nedfældet i situationen, hvorfor jeg ikke medbragte papir og blyant. Noterne blev nedfældet med papir og blyant på et kontor, hvor sygeplejerskerne spiste og/eller arbejdede. Med sidstnævnte praksis var intentionen den at ville afdramatisere selve undersøgelsen til forskel fra en praksis, hvor jeg nedfælder mine noter i det skjulte. Sygeplejersken fik imidlertid ikke adgang til noterne under selve undersøgelsen. Jeg vurderede, at der i så fald ville opstå en ufrugtbar interferens mellem de genererede data, handlepraksis og den parallelle analyse. Dertil kommer en række etiske forhold, som behandles senere i indeværende delafsnit.

Med valget af deltagerobservation som metode er det vigtigt at gøre sig tanker om graden af interaktion med feltet velvidende, at det ikke alene er en selv, der bestemmer karakteren af de sociale relationer til feltets aktører (Elsass og Lauritsen 2006, p. 191). Som udgangspunkt har jeg på intet tidspunkt gjort mig illusioner om, at være 'fluen på væggen', dvs. at der handles som vanligt uden at de observerede parter tager notits af forskerens observationer. Billedligt set var jeg langt oftere et stort tilkommende væsen med en radar på hovedet. På den måde var det ikke fraværet, der var i fokus, men derimod tilstedeværelsen. Jeg var til stede som 'ham filosofen, der observerer alt, hvad jeg gør, og som har skrevet bøger og artikler om filosofi og sygepleje'. I feltet blev jeg hurtigt opmærksom på dette forhold, ikke mindst fordi jeg ganske ofte fik tildelt mærkaten 'husfilosof' o. lign. Desuden var mine bøger og artikler ikke blot tilgængelige, men ofte omtalt (bl.a. gennem anmeldelser) i den periode, jeg arbejdede i felten. Jeg ville derfor aldrig kunne glide ind i situationen, som var det tapetet. Min tilstedeværelse vil således kunne påvirke sygeplejerskens refleksion og handling i situationen. Jeg oplevede imidlertid, at min rolle oftest var mere tydelig i de uformelle sammenhænge set i forhold til omsorgssituationerne, hvor min tilstedeværelse var mere usynlig. Jo mere vanskelig situationen var, desto mere oplevede jeg at træde i baggrunden. Som et eksempel oplevede jeg, hvordan sygeplejersken ganske enkelt gik sine egne veje, når situationen var presset. Jeg kunne således blive 'efterladt' bag en dør eller på gangen, uden at sygeplejersken synes at tænke over det. Jeg ser dette punkt som afgørende, idet det særligt er de vanskelige

situationer, der ligger inden for projektets rammer. Det er særligt de situationer, hvor sygeplejerskens etiske normer og værdier udfordres, som er i fokus.

Semistrukturerede interviews

Til forståelse af sygeplejerskens refleksioner og handlinger indbefattede undersøgelsen interviews med de sygeplejersker, jeg fulgte under studiet. Disse interviews var med til at afdække, hvorvidt, hvordan og hvorfor den konkrete sygeplejerske reflekterede og handlede i forbindelse med det etiske dilemma. Jeg benyttede semistrukturerede interviews, der på den ene side var styret af den etiske situation, men som samtidig lod den enkelte sygeplejerske formulere særskilte betragtninger, der blev oplevet som væsentlige. Emnet for de enkelte interviews var sygeplejerskernes livsverden, her forstået som sygeplejerskernes perspektiv på det, jeg spurgte til. Generelt for denne type interview gælder det, at der stræbes efter en fortolkning af den mening, som interviewpersonen tillægger bestemte temaer i sin livsverden (Elsass og Lauritsen 2006, p. 188ff, Kvale 1997, p. 31ff).

Grundet normer og værdiers dynamiske egenart var det vigtigt, at de konkrete interviews dels fandt sted i umiddelbar forlængelse af den etiske situation, og dels at den etiske situation blev styrende for den konkrete dialog. Det er særligt, når den etiske situation indeholder et etisk dilemma, at interviewet er vigtigt. Som tidligere præciseret (p. 9) defineres et dilemma som en vanskelig værdikonflikt, hvor der skal træffes ét valg mellem flere handlingsalternativer. Et valg, hvis udfald får konsekvenser for andre mennesker. Nu kan det tænkes, at sygeplejersken definerer et etisk dilemma på en anden måde. Dette implicerer to forhold. For det første spurgte jeg altid den sygeplejerske, jeg fulgte, hvordan hun forstod etik og definerede et etisk dilemma. Jeg forventede således, at sygeplejerskens forståelse af etik influerede på den måde, hun løste eller opløste det etiske dilemma. For det andet kan det tænkes, at sygeplejersken identificerede et etisk dilemma i en situation, uden at jeg identificerede det sådan. Det omvendte kan også være tilfældet. I begge tilfælde spurgte jeg til sygeplejerskens eventuelle refleksioner i tilknytning til situationen.

Som nævnt er de enkelte interviews semistrukturerede og mine spørgsmål var således betingede af den enkelte situation. I den konkrete spørgeteknik var jeg imidlertid opmærksom på tre forskellige relevante spørgsmålstyper, som de præsenteres af Spradley (1979). Det deskriptive spørgsmål er åbent og vil typisk begynde samtalen. Eksempel: 'Kan du beskrive den måde, du tacklede situationen på?'. Det strukturerede spørgsmål er bundet til et mere specifikt domæne. Eksempel: 'Hvad var særlig svært i situationen'. Kontrastspørgsmålet vil kunne afdække det meningsindhold, sygeplejersken tillægger forskellige begreber. Eksempel: 'Hvordan er denne situation et etisk dilemma til forskel fra andre situationer?'

Foruden interviews med de udvalgte sygeplejersker blev der udvalgt 4-5 kræftpatienter fra hver afdeling, som blev interviewet enkeltvis. Udvælgelsen blev foretaget med udgangspunkt i de situationer, som sygeplejersken anså for at indeholde et etisk dilemma. Målet var at få undersøgt, hvorvidt sygeplejerskens etiske værdier blev oplevet på samme måde af patienten, som de var intenderet af sygeplejersken. Med disse interviews var der lagt vægt på individuelle samtaler med den enkelte patient ud fra to begrundelser. For det første er det ikke patientens normer og værdier, der skal undersøges, men derimod den måde sygeplejerskens normer og værdier kom til udtryk i mødet med patienten. Mulige divergenser blandt patientens oplevelser skal således ikke nivelleres gennem gruppeinterviews, hvor flere patienter er samlet samtidig. Denne nivellering eller afstemning er derimod en vigtig del af undersøgelsen i tilknytning til gruppen af sygeplejersker. For det andet var der i kontakten med de kræftramte flere praktiske forhold, som skulle medtænkes. Tidshorisonten (prognosen) var bl.a. en faktor, som delvist umuliggjorde koordinerede aftaler.

Fokusgruppeinterview

Undersøgelsens empiriske del blev afsluttet med et fokusgruppeinterview på hver af de to institutioner. Intentionen var, at de sygeplejersker, som deltog i undersøgelsen, også var med til det afsluttende fokusgruppeinterview. På grund af praktiske forhold, heriblandt vagtplaner etc., kunne dette mål ikke indfries til fulde. Konkret var det

imidlertid kun en eller to sygeplejersker, der ikke havde mulighed for at være til stede. Tidsmæssigt var disse interviews placeret i umiddelbar forlængelse af hele observationsperioden.

Et fokusgruppeinterview er mere kontrolleret set i forhold til deltagerobservation, hvilket kan være en fordel, hvis emnet er præcist afgrænset. Omvendt er fokusgruppeinterview typisk mindre kontrolleret set i forhold enkeltinterviews, hvor det i højere grad er op til den enkelte, hvornår han eller hun vil sige noget (Morgan 1997). Med fokusgruppen som metodisk afgrænsning er der her lagt vægt på det forhold, at etik defineres som 'det sædvanlige', hvilket bl.a. kan synliggøres gennem dialoger i plenum. Der kan med andre ord ske en afstemning af de etiske idealer, som former det etiske kodeks på afdelingen. Spørgsmålene til fokusgruppen var derfor samlet om de forskelle og ligheder, der var observeret i den etiske praksis.

Målet med fokusgruppeinterviews var todelt. For det første skulle det undersøges, hvorvidt der var kongruens mellem det, de udvalgte sygeplejersker gjorde, og det de forsvarede i fællesskab. De centrale spørgsmål tog udgangspunkt i deres måde at reflektere og handle, når de befandt sig i et etisk dilemma. Jeg udarbejdede derfor en interviewguide i forlængelse af deltagerobservationsperioden. For det andet blev det undersøgt, hvordan etik, set som sædvanebestemte normer og værdier, kom til udtryk blandt de udvalgte sygeplejekolleger. Med fokusgruppeinterviewet som metodisk ramme blev der skabt nogle rammer for en samtale mellem de udvalgte sygeplejersker angående etisk praksis.

Metodiske overvejelser bundet til de planlagte interviews

Som udgangspunkt var jeg bevidst om en række metodiske udfordringer bundet til både semistrukturerede interviews og fokusgruppeinterviews. Jeg vil her præsentere de to væsentligste overvejelser, der særligt knytter sig til nærværende studium.

For det første er begreberne etik, moral, etisk situation, etisk konflikt, etisk dilemma etc. ikke entydigt defineret i den filosofiske litteratur og vil på ingen måde kunne forventes at være det i en dialog med sygeplejersker. Konkret vil jeg

derfor ikke kunne forvente at få svar på mine spørgsmål ud fra min forståelse og definition af etik (jf. begrebsdefinitionerne i introduktionen). Jeg vil således kunne formulere nogle spørgsmål, der enten ikke bliver forstået eller ikke giver noget meningsfuldt svar, eller kun giver mening inden for min afgrænsede forståelse. For at imødegå denne udfordring vedrørende mening og forståelse er jeg inspireret af den sprogfilosofiske tradition og moderne hermeneutik.

Sprogfilosofisk skelner jeg mellem et udtryks mening (intension) og reference (ekstension), hvor jeg særligt er opmærksom på de flertydigheder, der kan opstå, dels når begreberne henviser til noget forskelligt, og dels når begreberne får tillagt et forskelligt meningsindhold. Formuleret i metodiske termer er jeg således meget bevidst om de flertydigheder, der kan opstå i dialogen, når de etiske begreber tilskrives indhold og reference. Vigtigst af alt lod jeg ikke mine definitioner være styrende i dialogen, men var derimod opmærksom på den måde, begreberne blev anvendt af sygeplejersken.

Desuden har den moderne hermeneutik (med særlig reference til Gadamer (1972)) bl.a. belært mig om forståelsens cirkularitet og dermed om vejen til forståelse gennem be- og afkræftelse af for-forståelsens fordomme og formeninger. Metodisk stiller jeg således ikke blot åbne spørgsmål, men stiller dem med ydmyg bevidsthed om, at svaret som mulighed ikke blot falder uden for det forventede, men tilmed kan falde uden for rammerne for mit spørgsmål. I denne forstand anser jeg i udgangspunktet alle mine spørgsmål for at være komplekse, forstået på den måde, at de altid allerede indeholder mine forudfattede begrebskategorier. Selvom jeg ikke antager eksistensen af neutrale begreber i dialogen om etik, vil mine spørgsmål formes ud fra begreber, som i udgangspunktet hverken skal forklares endsige beskrives gennem en for sygeplejersken mere eller mindre ukendt filosofisk tradition. Som eksempel vil jeg under et semistruktureret interview ikke spørge til oplevelsen af det etiske indhold i en situation, men slet og ret spørge til oplevelsen af situationen, hvor de efterfølgende spørgsmål vil tage udgangspunkt i sygeplejerskens svar.

Som en anden vigtig overvejelse i forbindelse med interview under og efter de aktuelle feltstudier, har jeg gjort mig den overvejelse, hvordan jeg bedst

undgår, at sygeplejersker svarer på mine spørgsmål ud fra deres ide om det svar, jeg gerne vil høre. Endvidere kan det tænkes, at sygeplejersken svarer ud fra et løsrevet ideal, som ikke nødvendigvis afspejler praksis. Jeg anser denne problematik eller udfordring for at være af mere psykologisk end filosofisk art, og mener endvidere, at der på dette punkt kan peges på visse metodiske løsninger. For det første valgte jeg i forbindelse med de semistrukturerede interviews at lade mine spørgsmål være så tæt forbundet med den aktuelle situation som overhovedet muligt. Med et spørgsmål vil der altid være tale om en abstraktion, men jeg fik alligevel den erfaring, at sygeplejersken i langt højere grad var mentalt optaget af situationen set i forhold til mine spørgsmåls motiv og herkomst, når der opstod en vanskelig situation. Mit motiv var således at fange sygeplejersken i hendes engagement eller 'optagethed' snarere end skabe et løsrevet abstrakt rum for dialog ved eksempelvis at sige: 'Kan vi finde et sted, hvor vi kan tale sammen nu?'

I forbindelse med fokusgruppeinterview er situationen en helt anden. Her er sygeplejersken løsrevet fra det konkrete og placeret i et rum uden patienter, hvor den 'tænksomme filosof' stiller spørgsmål, hvilket kan virke fremmed for sygeplejersken. Sagt med andre ord er tekst og kontekst adskilt i langt højere grad set i forhold til de semistrukturerede interviews. Konkret forsøgte jeg at tackle dette ad to veje. For det første havde jeg medbragt kage, hvilket ikke blot skabte mulighed for indledende samtaler om vejret, dagens nyheder og spontane indfald, men samtidig skabte en mere uformel stemning. Det er således min erfaring, at det er mere uformelt at spise sammen end at tale sammen, hvor de formelle samtaler let skaber en større afstand til praksis end ønskeligt er. Som det vigtigste valgte jeg at være mere eller mindre passiv under de aktuelle fokusgruppeinterview. Jeg stillede med andre ord kun få spørgsmål, hvorefter jeg lod samtalen forme sig mellem de fremmødte sygeplejersker. Teknisk metodisk blev de aktuelle interviews optaget digitalt via diktafon og senere transskriberet.

Forskningsdesign og analytisk metode

Efter præsentationen af de metodiske redskaber kræves der nu en mere præcis gennemgang af undersøgelsens design. Her tænkes dels på undersøgelsens inklusionskriterier og eksklusionskriterier og dels den analytiske metode, der følger parallelt med selve undersøgelsen.

Inklusions- og eksklusionskriterier

Udvælgelse af kliniske afdelinger

Geografisk og organisatorisk er projektet tilknyttet onkologisk afdeling på Vejle Sygehus samt Sct. Maria Hospice Center i Vejle. Her varetager sygeplejersker plejen af svært syge kræftpatienter, hvorfor det var forventet, at de etiske situationer var prægnante og mangfoldige. Det skal understreges, at undersøgelsen ikke sigter på at undersøge etiske refleksioner og handlinger, som de specielt udfolder sig på onkologisk afdeling og hospice. Det var omvendt den tanke, at der i udgangspunktet skulle vælges en klinisk praksis, hvor der med overvejende sandsynlighed vil være flere etiske overvejelser blandt sygeplejersker. Der fokuseres med andre ord på de etiske situationer og mindre på det forhold, at de indfinder sig på en bestemt afdeling. På et punkt har valget af både en onkologisk afdeling og et hospice imidlertid betydning. Onkologien og hospicebevægelsen har således hver sin tilgang til pleje og behandling af patienter, hvilket åbner for flere vinkler på den etiske praksis. Som eksempel tænkes bl.a. på det forhold, at der på en onkologisk afdeling igangsættes en række kurative tiltag, hvilket ikke er tilfældet på hospice. Det skal dog understreges, at der med dette projekt ikke er lagt op til et komparativt studium. Den etiske praksis på henholdsvis onkologisk afdeling og hospice sammenlignes kun i det omfang, det belyser projektets mål og delmål.

Valget af de to institutioner rejser det vigtige spørgsmål om repræsentativitet. I hvilket omfang repræsenterer den etiske praksis på de to institutioner den etiske praksis i sygeplejen mere bredt? Til en første (a priori) besvarelse af dette spørgsmål skal der her peges på nogle af de forskelle og ligheder,

der eksisterer mellem de to udvalgte institutioner og andre typer af sygeplejeklinisk praksis. Man kan forvente, at etiske dilemmaer identificeres og tackles forskelligt betinget af tilhørssted. Hvis man som sygeplejerske arbejder i den primære sundhedstjeneste, kan der hypotetisk opstå etiske dilemmaer af en type, som ikke opleves af sygeplejersken, der arbejder på sygehuset. På samme måde kan der tænkes at opstå en række etiske situationer på en intensiv afd. eller operationsgang, som grundlæggende set er forskellige fra den praksis, sygeplejersken befinder sig i på eksempelvis onkologisk afdeling. Endvidere kan det i udgangspunktet ikke udelukkes, at der på onkologiske afdelinger samt hospices i Danmark rodfastes nogle signifikant forskellige normer og værdier, der viser sig i mødet mellem sygeplejerske og patient. Undersøgelsen er derfor ikke repræsentativ for hele den etiske praksis i sygeplejen. Omvendt er der andre forhold, der på visse punkter lader de to valgte institutioner være repræsentative for sygeplejens etiske praksis. For det første er de to udvalgte institutioner eksemplariske i den forstand, at sygepleje til alvorligt syge kræftpatienter både indebærer en grundlæggende sygepleje og en mere sofistikeret terminal pleje, der kræves i mere komplekse situationer. På de to institutioner vil man derfor kunne se et stort spænd af plejefunktioner, hvilket repræsenterer flere typer praksis. For det andet bliver alle danske sygeplejersker præsenteret for de sygeplejeetiske retningslinjer, ICN kodeks, samt undervisning i etik på sygeplejerskeuddannelsen. Her er sygeplejerskens alder en vigtig variabel, idet undervisning i etik og præsentation/introduktion af etiske retningslinjer har ændret sig over tid. På dette punkt vil undersøgelsen intendere at række udover de to institutioner ved at inkludere sygeplejersker i flere aldersgrupper (se udvælgelse og inklusion af sygeplejersker). Som et tredje punkt skal det nævnes, at politiske og samfundsmæssige forhold spiller en rolle i tilknytning til sygeplejerskens identifikation og behandling af det etiske dilemma. Som eksempel kan nævnes patientautonomi, som forsvares og praktiseres på mange organisatoriske niveauer i det danske sundhedsvæsen i dag. Netop patientautonomi vil potentielt kunne skabe en række etiske dilemmaer, der rækker ud over både klinisk speciale og geografisk tilhørssted.

Opsummerende vil en række variable gøre udvælgelsen af onkologisk afd. og hospice i Vejle repræsentative for den etiske praksis i sygeplejen i Danmark. Som nævnt skaber udvælgelsen af de to institutioner imidlertid en række forbehold, når rækkevidden af undersøgelsens resultater skal behandles. Af den grund skal undersøgelsens resultater vægtes i forholdet mellem udsagnstyrke og evidensstyrke. Dette forhold skal behandles mere indgående i forlængelse af analysens præsenterede resultater (jf. del IV).

Udvælgelse af sygeplejersker

Udvælgelsen af de sygeplejersker, der skulle indgå i undersøgelsen, blev anset for at være af stor betydning for projektets evidensstyrke. Mere konkret skal det her præciseres, hvor mange, hvilke og hvordan sygeplejersker blev inddraget i undersøgelsen. Med baggrund i deltagerobservation som metode blev tiden sammen med sygeplejerskerne prioriteret højere end antallet. Selvom jeg således kun fulgte et afgrænset antal sygeplejersker, der var tilknyttet institutionen, fik jeg i relevant omfang kontakt med langt de fleste sygeplejersker, der var tilknyttet onkologisk afdeling og hospice. Vigtigere var spørgsmålet om, hvilke sygeplejersker det var relevant at følge mere intensivt med det sigte at kunne besvare projektets hoved- og delspørgsmål. En række parametre skulle her tages i betragtning. Det drejede sig om køn, alder, uddannelse (studerende, efter- og videreuddannelse etc.), jobfunktioner for her at nævne de vigtigste. Hvorvidt og hvordan mandlige og kvindelige sygeplejersker tænker og handler etisk forskelligt, er et område, som ikke søges afdækket gennem denne undersøgelse. Under selve datagenereringen var der desuden kun kvindelige sygeplejersker ansat til varetagelse af de primære omsorgsopgaver på henholdsvis onkologisk afdeling og Sct. Maria Hospice Center (bortset fra en mandlig sygeplejestuderende og en vikar). Uddannelsesniveaulet spillede en rolle i den forstand, at der kun blev inkluderet sygeplejersker, der var autoriserede. Dette udelukkede sygeplejestuderende, som ikke var en del af undersøgelsen. Gennem eksklusionen af de studerende tænkes særligt på det forhold, at de formelt set ikke var i stand til at varetage alle de sygeplejefaglige opgaver på egen hånd, hvilket bl.a.

inkluderer evnen til kritisk etisk refleksion og handling. I selve udvælgelsen så jeg endvidere bort fra mængden og typen af efter- og videreuddannelse. Dog havde uddannelsesaktiviteter en vis betydning i forbindelse med generering af data. Eksempelvis var det gængs praksis, at sygeplejersker på hospice blev klassificeret i tre grupper (novice, kompetent, ekspert), hvilket bl.a. var betinget af uddannelsesniveau. Dette kan være med til at påvirke både fagidentitet og selvforståelse. På onkologisk afdeling var der endvidere visse betingelser, der skulle opfyldes, før en sygeplejerske kunne give cytostatika, hvilket bl.a. inkluderede et kursus, som først kunne gennemføres efter en arbejdsperiode på afdelingen. På den måde var flere sygeplejersker udelukket fra en række sygeplejefunktioner. Det afgørende for undersøgelsen var imidlertid, at de udvalgte sygeplejersker varetog de primære omsorgsopgaver, hvilket lå til grund for udvælgelsen.

Som det primære og væsentligste inklusionskriterium var sygeplejerskernes alder, hvor der både tænkes på fysisk alder og arbejdsalder. Med arbejdsalder skal her forstås det antal år, sygeplejersken havde fungeret som sygeplejerske på den aktuelle institution. Hypotesen var, at sygeplejerskens faglige såvel som personlige erfaringer og dermed alder havde en betydning for den måde og det omfang, der blev reflekteret og handlet i forbindelse med etiske situationer. Udgangspunktet var derfor at inkludere otte sygeplejersker fra hver afdeling ud fra følgende fordeling:

Fire sygeplejersker: Alder: 25-45 år - arbejdsalder under 5 år

Fire sygeplejersker: Alder: 25-45 år - arbejdsalder over 5 år

Fire sygeplejersker: Alder: 45-65 år - arbejdsalder under 5 år

Fire sygeplejersker: Alder: 45-65 år - arbejdsalder over 5 år

Den konkrete udvælgelsespraksis foregik ved, at de to afdelinger blev informeret om projektet både skriftligt og mundtligt. Skriftligt skete dette gennem projektbeskrivelsen. Mundtligt blev der afholdt to informationsmøder på henholdsvis onkologisk afd. og hospice. Blandt de sygeplejersker, som frivilligt ønskede at deltage i

projektet, skete der herefter en udvælgelse på baggrund af ovenstående kriterier. Konkret forholdt det sig sådan, at der på onkologisk afdeling var forholdsvis mange yngre sygeplejersker ansat, hvor det modsatte var tilfældet på hospice (medio 2006). Det var således kun muligt at finde én sygeplejerske på hospice med en alder under 45, men med en arbejdsalder over fem år. Det samlede antal sygeplejersker blev dog opretholdt gennem valget af yderligere én sygeplejerske med en alder under 45 med en arbejdsalder under 5 år.

Valg af vagttype og antal

På onkologisk afdeling og Sct. Maria Hospice Center var der grundlæggende fire vagttyper. Dagvagter, aftenvagter, nattevagter og 12 timers vagter. Desuden blev der skelnet mellem weekendvagter og almindelige vagter. Sidstnævnte skal betinges af en række forskelle i plejefunktioner. Forløbet blev planlagt således, at følgeskabet med sygeplejersker skulle indbefatte alle vagttyper. I udgangspunktet antog jeg således hypotesen om, at der kunne være forskel på de etiske situationer betinget af vagttype. Foruden vagttype skal det nævnes, at jeg var til stede under vagtskifte før og efter vagten. Dette betød, at min tilstedeværelse i reglen blev forlænget med mindst en time. Til gengæld var det netop ved vagtskifte, at mange etiske vurderinger kom til udtryk. Det, som var svært og udfordrende ved plejen af de enkelte patienter, blev her formidlet, fortolket og ikke mindst afstemt mellem sygeplejersker.

Antallet af vagter i følgeskab med hver enkelt sygeplejerske blev afgrænset til to vagter. Dog var jeg i reglen sammen med den samme sygeplejerske på flere vagter pga. følgeskabet med flere sygeplejersker fra afdelingen. Tidsplanen og dermed oversigten over den samlede dataindsamlingsperiode er præsenteret i bilag 2. Som det fremgår, var det nødvendigt at placere nogle få dage uden dataindsamling mellem vagterne. Dette tjente flere formål. Fagligt var det ofte en kreativ periode mellem vagterne, hvor forskelle og ligheder udkrystalliserede sig, hvilket førte til dagbogsoptegnelser under hele perioden. Personligt var det tilmed udfordrende at møde patienter, hvis skæbne besegles fra den ene dag til den anden, hvorfor fraværet fra afdelingen kunne virke aflastende. Som personlig erfaring kan det her tilføjes, at

arbejdet på hospice virkede mere livgivende set i forhold til onkologisk afdeling. På onkologisk afdeling opleves det sådan, at livet mere eller mindre pludseligt møder døden. På hospice opleves det snarere omvendt. Her er det dødens vilkår, der til slut møder livet.

Inklusion af patienter

I udvælgelsen af patienter skal her nævnes to vigtige forhold foruden de etiske aspekter, som berøres på side 46 ff. Forud for selve undersøgelsen blev der udarbejdet et dokument tiltænkt patienterne og de pårørende (bilag 5). Dokumentet, der var afgrænset til en enkelt tekstsider, fungerede dels som generel patientinformation og dels som mulighed for at vælge eller fravælge deltagelse i undersøgelsen. Dokumentet var udarbejdet i dialog med sygeplejersker på onkologisk afd. og hospice. Jeg var endvidere opmærksom på det forhold, at det muligvis ville være mere vanskeligt for patienten at vælge undersøgelsen til end fra, hvilket kunne betinges af min tilstedeværelse. Det var således en sygeplejerske, der udleverede den aktuelle patientinformation. Der var ingen patienter, som fravalgte deltagelse i undersøgelsen. Dog var der en enkelt patient, der under selve undersøgelsen ikke ønskede min deltagelse. Skelnes der mellem deltagelse i undersøgelsen generelt, dvs. min tilstedeværelse på stuen og patientens deltagelse i et interview, blev sidstnævnte i reglen aktuelt samtidig med udlevering af patientinformation. Ved gennemlæsning af dokumentet var de patienter, der besad de fleste kræfter, i reglen selv interesserede i interviews. Desuden skete det ofte, både på onkologisk afd. og hospice, at patienterne ønskede en dialog med mig under min gang på afdelingen.

Udvælgelse af etiske situationer

Enhver situation anses for at være etisk i sin egenart (jf. også p. 8 ff.). Sagt med andre ord vil der altid være normer og værdier bundet til enhver situation. Det aktuelle spørgsmål bliver derfor, hvornår en etisk situation er relevant at undersøge. Lad mig begynde med et eksempel. For en sygeplejerske er det en almen og gængs praksis at give patienten medicin. Til denne praksis hører en række handlinger. Først skal

sygeplejersken modtage og forstå lægens ordination. Dernæst skal sygeplejersken om nødvendigt udregne og dosere den ordinerede medicin i de rette mængder. Endelig skal sygeplejersken sørge for, at patienten modtager den ordinerede medicin i de rette mængder på den rette måde til det rette tidspunkt. Som antydnet kan disse sygeplejehandlinger udføres rigtigt eller forkert. Desuden kan sygeplejersken handle med gode eller slette hensigter. Endelig vil sygeplejersken altid handle inden for et felt, der indeholder forskellige normer og skikke etc. Sagt helt kort vil sygeplejerskens praksis altid afspejle en etisk praksis. Undersøgelsen tager imidlertid ikke sigte på alle de situationer, sygeplejersken befinder sig i. Som en første afgrænsning tager undersøgelsen sigte mod de situationer, hvor sygeplejerskens gængse vaner og værdier udfordres. Med eksemplet ovenfor kan det ske, hvis sygeplejersken er uenig med lægens ordination, hvis hun ser en kollega dosere den forkerte type eller mængde medicin, eller hvis patienten ikke ønsker den aktuelle medicin. Kort sagt tager undersøgelsen sigte mod de etiske situationer, hvor sædvanen udfordres, eller hvor der sker et decideret sædvanebrud. Hertil kræves imidlertid endnu en afgrænsning. Undersøgelsen skal særligt udpege de situationer, hvor den etiske situation afføder et vanskeligt valg. Dvs. hvis sygeplejersken som eksempel står med valget mellem på den ene side at følge lægens ordination og på den anden side at modsætte sig dette.

Men hvem skal udpege de etiske situationer, og for hvem skal de være vanskelige? De etiske situationer kan enten identificeres af mig eller sygeplejersken, hvorfor situationens vanskelighed kan identificeres af begge parter. Men også her skelnes der mellem det vanskelige valg som dilemma og det etiske dilemma, som specialtilfælde. Med særlig fokus på de etiske dilemmaer skal der her præsenteres to kendetegn, der skaber en forskel fra dilemmaer i almindelighed, og som undersøgelsen vil forfølge. Det etiske dilemma skal indeholde en værdikonflikt, hvor grundværdier står i et kontrært, men ligevægtigt forhold. Dvs. situationer, hvor eksempelvis værdien solidaritet vægtes på lige fod med loyalitet, men hvor disse peger på to forskellige handlinger. Som eksempel kan det være solidariteten med patienten og loyaliteten over for lægen, der hver især peger på to forskellige handlinger. Som andet kriterium for det etiske dilemma skal sygeplejerskens valg få alvorlige konsekvenser for andre

end hende selv. Begrebet 'alvorligt' er diffust, men skal her understrege det forhold, at sygeplejerskens etiske dilemma involverer andres liv, hvor konsekvenserne kan betyde liv eller død. Som en sidste metodisk afgrænsning vil undersøgelsen fokusere på to typer etiske dilemmaer i sygeplejens kliniske praksis. Dels værdikonflikten i forholdet mellem patientens autonomi og sygeplejerskens paternalisme og dels værdikonflikten mellem solidariteten med patienten og loyaliteten over for kolleger og pårørende til patienten. De to etiske grundkonflikter (autonomi/paternalisme og solidaritet/loyalitet) benyttes således som et redskab til identifikation af de for undersøgelsen relevante etiske situationer.

Analytisk metode

Gennem de indledende studier var undersøgelsen planlagt således, at 'grounded theory' skulle være en central del af den analytiske metode. Metodisk er 'grounded theory' en induktiv mulighed for at kunne se en struktur og sammenhæng blandt de etiske udtryk, der formuleres i de forskellige praksissammenhænge. Med 'grounded theory' var tanken den at fundere en teori gennem de konkrete data uden forud fastlagte begreber (Strauss & Corbin 1990). I valget af 'grounded theory' som metode var der lagt særlig vægt på ideen om en sammenlignende metode. Mere konkret ville den aktuelle undersøgelse tage sigte på at finde ligheder mellem de meningsfulde etiske udsagn, der kommer til udtryk blandt sygeplejersker. Glaser og Strauss (1967 p. 62) fremhæver, at udvælgelsen af data skal foretages systematisk med henblik på at opdage kategorier og deres egenskaber og herigennem få ideer til det indbyrdes forhold mellem disse i en teori. Den aktuelle datagenerering skal således i sig selv forme de ideer, som samler teorien. På den måde vil datagenerering og analyse følges ad under hele undersøgelsen. Hermed sikres en fleksibel datagenerering, hvor undersøgelsen bliver stadig mere fokuseret. Processuelt vil undersøgelsen som første trin sigte mod generering af stadig flere og mere nuancerede kategorier, hvor etikken kommer til udtryk. Dernæst bliver formålet at frasortere kategorier og bestemme de tilbageblevne kategoriers egenskaber. Som det sidste trin skal kategorierne sammenlignes og integreres i en teori. Fordelen ved at anvende 'grounded theory' i

denne sammenhæng vil være muligheden for at danne en kontinuerlig forbindelse mellem det empiriske niveau og analyseniveauet.

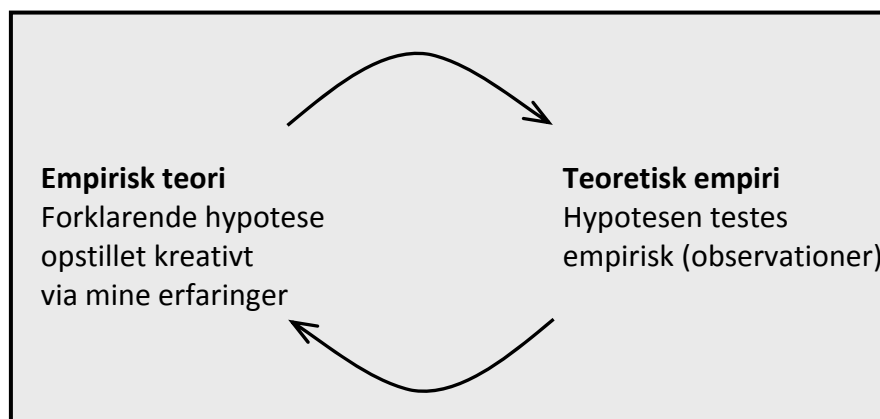
Under selve undersøgelsen blev 'grounded theory' imidlertid ikke anvendt som metodisk forankringspunkt eller fast skabelon for det analytiske arbejde. Mere præcist var det ikke 'grounded theory', der formede mit arbejde, men snarere omvendt feltarbejdet der på centrale punkter kunne identificeres ud fra tankene bag 'grounded theory'. Som identifikation skal fremhæves følgende punkter. For det første arbejdede jeg ikke med udgangspunkt i en fast ramme, men søgte derimod efter ligheder og forskelle i feltet. For det andet var den aktuelle datagenerering i tæt forbindelse med analysen i de måneder, jeg befandt mig i feltet. For det tredje blev der affødt flere teorier af de mange sammenlignende studier i klinisk praksis. Alle tre forhold kan identificeres som centrale i 'grounded theory'.

I anden del af det empiriske studie, hvor gruppeinterviews er valgt, blev samtalerne optaget digitalt og herefter transskriberet. Den aktuelle transskription varetog jeg selv og foregik elektronisk via tekstbehandlingsprogrammet 'Microsoft Word v. 2007'. Det analytiske sigte var herefter at finde en sandsynlig struktur og sammenhæng mellem de etiske udtryk, som formuleres, og på den baggrund lade mere generelle hypoteser udkrystallisere sig.

Under feltarbejdet har jeg været meget opmærksom på det kreative i analyseprocessen (Wolcott 1995, Kleinsasser 2000, Janesick 2001, Ellis & Berger 2003, Law 2004). Med kreativitet tænkes her på opstilling af hypoteser, når teksten skal formes ud fra konteksten. Mere præcist anvendes abduktion som analytisk begrundelsesform, hvilket kort skal nuanceres.

Med abduktion lægger man altid ud med en vis mængde viden om det, man gerne vil undersøge. Denne viden er ikke nødvendigvis videnskabelig i traditionel forstand, men er i alle tilfælde noget, man har erfaret på den ene eller anden måde. Gennem denne viden skal man *kreativt* forsøge at forklare det, man gerne vil undersøge. Man skal med andre ord stille en forklarende hypotese om det, man undersøger, ud fra den viden man allerede har (Peirce 1994, p. 145). Denne kreativt opstillede hypotese skal afspejle et mønster i det, man gerne vil forklare, og skulle

gerne skabe en bedre forklaring end den, man havde i forvejen. Hypotesen skal nu testes empirisk, hvilket i denne sammenhæng er mine arbejdshypoteser (jf. p. 24 ff.). Gennem erfaring vil man kunne se, hvorvidt den kreativt opstillede hypotese gav en god forklaring i forhold til det, man undersøgte. På baggrund af denne nye erfaring må man evt. opstille en ny hypotese, som så igen skal testes empirisk osv. Dette sker, indtil man kan slutte til den bedste forklaring. Der er således en cirkularitet forbundet med abduktion som begrundelsesform. Man starter med en hypotese, opstillet som empirisk teori, og tester dernæst hypotesen, hvilket skaber teoretisk empiri. Skematisk kan det opstilles som vist i figur 1.1.



Figur 1.1: Abduktion som begrundelsesform illustreret som en cirkularitet. Der sluttes til den bedste forklaring via kreativitet.

Gennem feltstudierne, hvor denne kreative abduktionsproces var helt central, kom der stadig flere temaer til syne, som kaster lys over projektets mål og delmål. Gennem feltstudiet blev projektet således stadig mere temaorienteret, hvilket affødte en parallel tematisk analyse. Konkret udløste de empiriske studier 15 temaer som grundlag for det videre arbejde. Disse temaer var ikke klart adskilte men tværtimod sammenvævede, hvorfor en tematisk differentiering udløste fem temaer, som udfoldes og behandles i projektets empiriske og analytiske del. De fem temaer er kategoriseret i følgende overskrifter:

- 1: Formaliserede værdier og værdifuld praksis
- 2: Hvordan taler etikken og hvordan bringes den i tale?

3: Etske dilemmaer: Identifikation

4: Etske dilemmaer: Løsning og opløsning

5: Samvittighed, karakter og udvikling

Etiske overvejelser og konsekvenser heraf

Overvejelser og tiltag før undersøgelsen

Der er flere etiske aspekter, der skal tages i øjesyn i tilknytning til projektet. Som første punkt er det afgørende at sikre de involverede afdelingers accept af undersøgelsens indhold og forløb. Tilbage i 2005 tog jeg kontakt til henholdsvis onkologisk afd., Vejle Sygehus og Sct. Maria Hospice i Vejle. Kontakten var i første omgang formidlet gennem min vejleder, overlæge Anette Damkier, hvorefter jeg selv tog kontakt (mundtligt og skriftligt). Projektet blev positivt modtaget af henholdsvis afdelingssygeplejerske Hanna Lyhne og oversygeplejerske Ann Dahy på onkologisk afd. samt hospicechef Kirsten Kopp på Sct. Maria Hospice Center. Det afgørende var dog kontakten til sygeplejerskerne på de to arbejdssteder. Som væsentligt etisk aspekt skulle sygeplejerskerne ikke blot kunne vælge/fravælge projektet af frivillighedens vej, men som det helt afgørende skulle de have etisk forsvarlige rammer og betingelser for dette valg. Begge krav blev imødekommet ad tre veje. Dels fik alle sygeplejersker på de to institutioner mulighed for at læse projektbeskrivelsen. Dels blev der afholdt to informationsmøder både på onkologisk afd. samt hospice (et møde et halvt år før undersøgelsen og et møde umiddelbart før undersøgelsens begyndelse). Dels fulgte jeg to til fire sygeplejersker på en normal arbejdsdag forud for selve undersøgelsen. Fra en etisk vinkel anså jeg det sidste punkt som det vigtigste. Sygeplejersken havde således mulighed for at se mine hensigtserklæringer udfoldet i praksis. Desuden formede der sig mange frugtbare dialoger om projektet, hvilket konsoliderede projektets metodiske grundlag. Der viste sig en stor interesse for projektet, hvorfor det kun var sygeplejersker med interesse for projektet, der blev valgt.

I forbindelse med den planlagte deltagerobservation og de efterfølgende fokusgruppeinterview var det desuden vigtigt, at anonymiteten blev sikret både i forhold til patient og sygeplejerske. Dette imødekommes dels af min tavshedspligt, men primært gennem sløring af persondata i selve afhandlingen. Desuden havde ingen direkte adgang til mine data under feltarbejdet. De mere formelle sider forbundet til anonymitet og tavshedspligt er bundet til de lovmæssige

krav, hvilket blev imødekommet gennem datatilsynets godkendelse af projektet forud for selve undersøgelsen (J. nr. 2006-41-6197). Hertil skal det tilføjes, at der iflg. lov om behandling af biomedicinske forskningsprojekter (lov nr. 402 af 28. Maj 2003) og efter telefonisk henvendelse til den videnskabsetiske komite for region Syddanmark (Hans-Jørgen Dam) ikke har været grundlag for en anmeldelse/godkendelse af projektet ved den videnskabsetiske komite.

De vigtigste etiske overvejelser før undersøgelsen knyttede sig til inddragelsen af patienterne. Dels den passive inddragelse gennem min blotte tilstedeværelse og dels den aktive deltagelse, hvor der skulle føres samtaler med patienterne. Fra et etisk synspunkt fik det således stor værdi, at respekten for patientens vanskelige situation ikke blev krænket gennem det empiriske studie. Dialogen mellem sygeplejerske og patient kan således fordre et nærvær, der udelukker observationer. Den formelle del af denne forpligtelse synes umiddelbart at være den mest fremkommelige. Forud for selve undersøgelsen udarbejdede jeg således en enkelt side med informationer om projektets indhold og forløb (se bilag 5), hvilket var tiltænkt patienter og pårørende. Denne side blev udleveret af sygeplejersker før min ankomst på afdelingen. Foruden denne skriftlige information spurgte sygeplejersken patienten om accepten af mine observationer og evt. senere dialoger. Jeg anser dette for at være et formelt etisk krav. Mere uformelt kan det være svært for patienterne at overskue dette valg i en eksistentiel svær situation. Desuden var jeg opmærksom på det forhold, at patienterne muligvis ville få sværere ved at sige nej end ja til deltagelse i undersøgelsen. Endvidere er patientens accept muligvis situationel, hvor min tilstedeværelse kan være uønsket på et senere tidspunkt. Min tilstedeværelse på henholdsvis onkologisk afdeling og hospice indeholder således ikke blot de mere formelle etiske krav, men samtidig en række krav til min person under selve dataindsamlingen. Jeg var således klar over, at der kunne opstå situationer, hvor jeg ikke blot ville være etisk forpligtet, men samtidig skulle forpligte mig selv ud fra værdierne respekt, værdighed og ydmyghed. I mine øjne skulle etikken med andre ord ikke blot være et pålæg udefra, men vigtigst af alt et pålæg jeg gav mig selv i situationen.

Overvejelser og tiltag under selve undersøgelsen

Der var flere etiske udfordringer forbundet med undersøgelsen end først antaget. De formelle etiske pålæg blev imødekommet i form af tavshedspligt, anonymitet og informationspligt angående undersøgelsens form, indhold og progression. Som forventet opstod der imidlertid løbende en række situationer, hvor mine normer og værdier blev udfordret. Disse situationer kan deles i fire kategorier.

1.: Situationer hvor jeg som den eneste oplevede en etisk situation.

Disse situationer var særligt vanskelige, når patient eller pårørende under eller efter episoden beklagede sig til mig. Situationerne var imidlertid ganske få. Her kan nævnes to eksempler, som gentog sig et par gange. Det ene eksempel angår sygeplejerskens tiltale af patienten. Særligt i hektiske perioder, hvor sygeplejersken havde flere parallelle gøremål, observerede jeg få gange, hvordan patienterne blev tiltalt på en måde, som virkede anstødelig på mig. Som andet eksempel oplevede jeg et par gange, hvordan sygeplejerskerne varetog den fysiske pleje på en måde, som udfordrede mine grundværdier. Som sagt var disse eksempler ganske få og skabte ikke grundlag for tiltag fra min side. Desuden er det min klare opfattelse, at disse situationer ikke må betragtes isoleret, men tværtimod ses i sammenhæng med de rammer, sygeplejersker arbejder under. Her skal det endvidere understreges, at undersøgelsen ikke havde til hensigt at estimere etikens lødighed på de to arbejdspladser, hvilket var en omstændighed, der havde en befriende indvirkning på sygeplejersker, patient og ikke mindst jeg selv. Personligt vil det således ligge mig fjernt at skulle vurdere sygeplejerskers etik.

2.: Situationer hvor jeg som person blev inddraget i mindre konflikter på afdelingen.

Både på onkologisk afdeling og hospice opstod der gnidninger i hverdagen, hvor jeg i nogle tilfælde blev inddraget som mellemmand. Det kunne være mellem sygeplejerske og kollega, læge eller ledelsen. Selvom jeg blev inddraget med to ører, deltog jeg imidlertid aldrig som aktiv part i disse situationer. Appellen om min deltagelse virkede imidlertid udfordrende fra tid til anden.

3.: Konfrontationer fra patienter

I flere situationer blev jeg efterladt på stuen af sygeplejersken. Det kunne være, fordi sygeplejersken kortvarigt forlod stuen, eller fordi hun var beskæftiget med et teknisk sygeplejefagligt gøremål på stuen. I disse situationer blev jeg ganske ofte konfronteret af patienten. Ofte var omdrejningspunktet projektets ide og mål. De svære etiske situationer opstod imidlertid, når patienten konfronterede mig med spørgsmål vedrørende dødshjælp. For patienten var der ikke langt fra at tale om etik til at inddrage patientens egen snarlige død. Jeg husker særligt en situation, hvor sygeplejersken skulle hente medicin til en døende patient, hvor jeg blev tilbage på stuen. I denne stund sagde patienten, henvendt til mig, at hun pga. lidelserne og den snarlige død ønskede at fremskynde dødstidspunktet gennem dødshjælp. På den baggrund spurgte hun mig, hvorvidt jeg ville være i stand til at hjælpe andre i døden. Personligt har jeg behandlet emnet dødshjælp fra en etisk faglig vinkel gennem mange år. I den omtalte situation forblev jeg dog tavs. Før var min faglighed blevet udfordret, her var det mine normer og værdier.

4.: Pludseligt opståede situationer, hvor min tilstedeværelse tolkes som uønsket.

Ved flere lejligheder opstod der en forandret situation under sygeplejerskens virke på stuen. Det kunne være en fysisk blottelse eller et mere eller mindre pludseligt følelsesudbrud fra patient eller pårørende. Hvorvidt min tilstedeværelse i disse situationer var u hensigtsmæssig eller ej, blev afstemt af to forhold. Dels mine egne normsatte grænser og dels en nonverbal afstemning gennem øjenkontakt med patient, pårørende eller sygeplejerske (det udtalte ønske om mit fravær var selvfølgelig altid en mulighed). Selvom denne type situationer var få, fik de alligevel en vis tyngde i de situationer, hvor de fandt sted. Der var to udfordringer bundet til nævnte praksis. Hvis jeg eksempelvis gik ud fra stuen (før sygeplejersken), kunne dette i sig selv bringe flere tolkninger frem hos patient eller pårørende (selvom min afsked blev ledsaget af få ord). Desuden oplevede jeg nogle få situationer, hvor patienten ikke havde mulighed for at observere min tilstedeværelse (patienten kunne eksempelvis sidde med ryggen til). Patienten kunne således pludselig udbryde: 'nå... er du her også'. Når

sygeplejersken meldte sin ankomst på stuen ('nu kommer jeg med X', bank på døren e. lign.), valgte jeg derfor at befinde mig i fysisk nærhed af sygeplejersken, så patienten i udgangspunktet kunne se min tilstedeværelse. På den måde var det min intention at skabe størst muligt tryk omkring min tilstedeværelse.

Kort præsentation af felten

Onkologisk afd., Vejle Sygehus

Onkologisk afd. på Vejle Sygehus består af et ambulatorium, et behandlingsafsnit med stråleterapi samt et sengeafsnit (A27). Feltstudierne blev udelukkende afviklet på sengeafsnit A27. Sengeafsnit A27 er normeret til 25 sengepladser (www.vejlesygehus.dk). Der er 31 sygeplejersker tilknyttet afdelingen foruden souschef, afdelingssygeplejerske og oversygeplejerske. Under feltstudierne var der imidlertid seks sygeplejersker på barselsorlov (oktober 2006).

Ved indgangen til A27 møder man 'informationsskranken'. Til højre herfor er placeret et opholdsrum, som primært anvendes til frokostlokale/kaffestue og sekundært til morgenkonference samt formelle såvel som uformelle møder. Patientstuerne er placeret på et langt gangareal kun afbrudt af centralt placerede kontorlokaler og toiletter, vaskerum og skyllerum. I gangens modsatte ende forefindes et relativt stort opholdsrum med udsigt over Vejle by tiltænkt patienter og pårørende. For flere detaljer henvises til en skitseret oversigt (bilag 3).

Midt på gangen forefindes en tavle over det personale, der er tilknyttet afdelingen. Her kan personale, patienter, pårørende og besøgende desuden få en oversigt over de sygeplejersker, der aktuelt er på arbejde fordelt på tre teams. Som kuriosum betragtet og som mindre betydningsfuldt for selve undersøgelsen vil jeg her knytte to kommentarer. Det ligger i selve ordet gang, at det er et sted, hvor man er i bevægelse. Hvis man således befinder sig på gangen, hvad enten der er tale om sundhedspersonale, pårørende eller besøgende forventes det, at man er i bevægelse, at man går, at man er på vej. Denne forventning kommer til udtryk i kærlige konfrontationer med spørgsmål eller undren. Der er kun et sted på gangen, hvor det synes legitimt at stå stille, hvilket er foran informationstavlen. En tavle som ofte studeres meget grundigt.

Desuden skal kort nævnes en af de erfaringer, jeg fik blandt mine indledende studier. Jeg forsøgte at iklæde mig skiftevis både sygeplejerskeuniform og lægekittel. Sygeplejerskerne tog knap nok notits heraf. Derimod var reaktionen mere

distinkt blandt gruppen af læger. Med sygeplejerskeuniform modtog jeg i reglen blot et nik på gangen. Med en lægekittel syntes den formelle hilsen at være anerkendende og i de fleste tilfælde udtalt med et hej. Jeg valgte imidlertid at gå med en lægekittel af mere pragmatiske grunde, primært fordi der var bedre plads i lommerne.

Sct. Maria Hospice Center

Sct. Maria Hospice Center (herefter SMHC) ligger centralt placeret i Vejle by i en ældre renoveret bygning, der tidligere husede Vejle Hospital. Flere af de syge beboere opholder sig således ved tanken om både at skulle begynde og slutte livet på Sct. Maria. SMHC blev indviet i 1995 og er placeret på bygningens anden sal. Arkitektonisk er de fysiske rammer på flere måder utraditionelle set i forhold til en almindelig hospitalsafdeling. Det første, man møder ved indgangen til SMHC, er således et delvist åbent rum, hvor en 'lyshimmel' afgrænser en plads, der anvendes til mange fælles arrangementer. Resten af hospice strækker sig over to forskudte gange, der rummer 12 patientstuer. For en detaljeret oversigt henvises til bilag 4.

På SMHC er der tilknyttet 26 sygeplejersker fordelt på fire teams (november 2006). Desuden er der ansat/tilknyttet læger, fysioterapeuter en musikerterapeut, hospicepræst, psykolog og serviceassistent foruden ca. 30 frivillige. Hospiceledelsen består af hospicechef Kirsten Kopp og souschef Per Christensen. For detaljerede oplysninger henvises til www.sctmariahospice.dk.

Omsorgsarbejdet er forankret i en hospicefilosofi, som første gang blev formuleret af Dame Cicely Saunders (1918-2005), der i 1967 grundlagde det første moderne hospice i verden (St Christopher's Hospice, London). Filosofien udtrykkes i følgende punkter (www.hospiceforum.dk)

At skabe rammer, der giver de bedst mulige forudsætninger for livskvalitet og selvværd og en værdig død.

At yde en palliativ indsats som omsorg, pleje, smertelindring og sjælesorg for uhelbredeligt syge mennesker med en fremadskridende, dødelig sygdom, hvor kurativ behandling er opgivet.

At omsorg og pleje kan bidrage til at gøre menneskets sidste tid til en positiv del af livsforløbet, så den døende og dennes pårørende oplever en helhedsorienteret indsats præget af åbenhed, betingelsesløs accept og bekræftelse af den syges værdi som menneske.

At yde støtte, vejledning og sjælesorg til den døendes pårørende før og efter tabet.

At hele indsatsen tilrettelægges under hensyntagen til individuelle behov og ønsker, idet alle opgaver løses i et tæt samarbejde med den syge og dennes pårørende.

Flere af hospicefilosofiens centrale begreber afspejles i værdigrundlag på SMHC. Her skal blot nævnes 'betingelsesløs accept' eller 'ubetinget accept', som det formuleres i værdigrundlaget (jf. bilag 7). Netop dette værdibegreb er genstand for mange faglige diskussioner på SMHC og kan i sig selv udløse etiske situationer, som kan være vanskelige at tackle for sygeplejersken.