

Formaliserede værdibegreber og værdifuld praksis

I denne første analysedel skal der særligt fokuseres på værdier som en første forståelse af det sygeplejeetiske landskab. Værdier viser sig både i ord og handling. Mere præcis bliver værdier både formuleret og nedskrevet, men samtidig vil værdier afspejle sig i handlinger. På onkologisk afd. og hospice sker det første gennem formaliserede værdisæt, som diskuteres og justeres, hvor det sidste bliver synligt gennem værdidomme i sygeplejerskens møde med patienter, pårørende, kolleger og ledelse. Sagt helt kort skal der her skelnes mellem værdibegreber og værdidomme bundet til handlinger. Eksempelvis kan sygeplejersken både tale om respekt som værdi på afdelingen for senere at tale om egne eller andres mere eller mindre respektfulde handlinger. Denne skelnen åbner for flere analysemuligheder. Først skal de formaliserede værdibegreber beskrives og kortfattet analyseres på de to afdelinger, hvorefter sygeplejerskens værdidomme skal belyses. Herefter skal sammenhængen mellem værdibegreber og det værdifulde greb i praksis analyseres på baggrund af de empiriske data. Til slut belyses og analyseres sammenhængen mellem sygeplejerskers værdibegreber og værdidomme set i forhold til patienters værdibegreber og værdidomme.

Formaliserede værdibegreber

På alle sygehuse i Danmark arbejdes der med værdier i forskelligt omfang. Dette sker på flere niveauer. I reglen vil sygehuset udadtil præsentere en række værdibegreber, som publiceres i en folder eller pjece. Ofte sker dette i sammenhæng med sygehusets visioner og målsætning (Birkler 2006). Parallelt med dette vil de fleste afdelinger lokalt arbejde med værdier, hvilket bl.a. udmønter sig i et mere eller mindre formaliseret værdisæt/værdigrundlag. På onkologisk afd. A27, Vejle sygehus kunne jeg både præsentere for et værdigrundlag for hele sygehuset samt et værdigrundlag for afdelingen. På Sct. Maria Hospice Center, der organisatorisk var mere isoleret som selvejende institution, kunne jeg præsentere for et lokalt værdigrundlag.

Ser vi først på de formaliserede værdibegreber på onkologisk afd. hang sygehusets værdigrundlag i en imiteret sølvramme på afdelingssygeplejerskens kontor. Disse værdier blev alle sygeplejersker præsenteret for ved ansættelsen. Værdierne havde imidlertid ikke nogen formel eller reel funktion på afdelingen. De færreste sygeplejersker var bevidste om eksistensen af disse værdier og direkte adspurgte kendte ingen af de adspurgte til indholdet. Afdelingen havde nogle visioner for sygeplejen på A270, der indeholdt fire grundværdier (tillid, respekt, rummelighed, åbenhed) (Bilag 6). Ideen er, at disse værdier skal afspejles i patientens pleje og behandling. Dette værdidokument er grundlagt gennem en række formaliserede dialoger på afdelingen, hvor værdier har været et tema. Endvidere er der nedsat en 'værdigruppe', som mødes med forskellige intervaller, med det formål at drøfte værdierne på afdelingen. Med bevilliget indsigt i korte skriftlige referater fra disse møder skal her blot nævnes et enkelt men centralt forhold. På et møde tidligt i processen slås det fast, at:

'Værdier skal danne basis for vores kvalitet, etik og omgang med hinanden'

'Værdier er en form for normer og regler'

'Værdier skal vi kunne støtte os til i dagligdagen, når vi skal tage beslutninger'

'Værdier skal også afspejle sikkerhed frem for service'

'Værdier skal vi kunne læne os opad, både som personale og afdeling'

'Værdier skal afspejle, hvad vi står for, og hvorfor vi er her'

Arbejdet med værdierne på onkologisk afd. var en fortløbende proces, hvor værdigruppen kontinuerligt mødtes, og hvor værdierne samtidig blev bragt frem på møder, konferencer og temadage. Såfremt de fire formaliserede værdibegreber blev bragt frem, skete det ud fra en mere fastlagt mødestruktur, hvor det var en åben ledelsesmæssig intention at inddrage værdierne. Værdibegreberne var tilmed formelt synlige i stillingsannoncer, hvor afdelingen identificeres ud fra disse værdier.

På Sct. Maria Hospice Center var der som på onkologisk afdeling et løbende arbejde med værdier. Selve værdigrundlaget (bilag 7) blev på den baggrund

kontinuerligt revideret, men skulle som formel foranstaltning altid godkendes af bestyrelsen på hospice. I værdigrundlaget identificeres en række værdibegreber gennem følgende formuleringer (jf. også bilag 7):

Vi ønsker på Sct. Maria Hospice Center at virke:

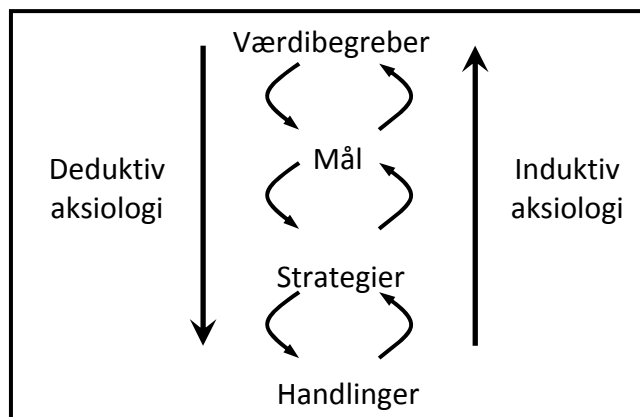
- med dannelse og respekt for de grundlæggende værdier i det enkelte menneske og med ubetinget accept af dette menneske uanset kultur og religion
- med omhu og høj kvalitet i alle lindrende sygepleje- og behandlingsydelser
- med kontinuerlig indlevelse og tillidsskabende samvær og samtale
- med fleksibilitet og kreativitet i opgaveløsninger
- med loyalitet over for de faglige målsætninger

I værdigrundlaget dannede ovenstående formuleringer grundlag for beskrivelsen af en række faglige målsætninger, der grupperes i 'tværfagligt personale', ledelse, uddannelse, samarbejde samt 'udvikling og forskning'.

Arbejdet med værdibegreberne på de to institutioner

Det var en klar og tilstræbt målsætning på onkologisk afd. og hospice, at de skriftligt formaliserede værdier ikke skulle afgrænses til flotte hensigtserklæringer, men derimod afspejles i det daglige arbejde. I udgangspunktet kan forholdet mellem værdibegreber og værdifulde handlinger finde sted ad to veje. Den ene vej er deduktiv, hvor man begynder med at definere de værdibegreber, som ideelt bør være synlige i arbejdet på afdelingen. Dette formaliseres gennem en række målsætninger, som igen fører til nogle strategier for handlinger. På den måde når man ideelt set fra værdibegreber til handlinger. Modsat kan man induktivt begynde med at fremhæve nogle eksemplariske sygeplejehandlinger, som underkastes en række værdidomme. Dette afstedkommer ideelt en række strategier, som definerer en eller flere målsætninger og i sidste ende karakteriserer en række grundværdier. Arbejdet med værdibegreber kan således både udføres deduktivt og induktivt (jf. figur 3.1).

Spørgsmålet er med andre ord, hvorvidt værdierne opfindes (deduktivt) eller opdages (induktivt).



Figur 3.1: Forholdet mellem værdibegreber og handlinger

Både på onkologisk afd. og hospice var der flere formaliserede forsøg på at arbejde både induktivt og deduktivt med værdierne. Jeg vil først se på nogle eksempler på induktiv aksiologi. På en eftermiddagskonference på onkologisk afd. blev lægernes danskkundskaber diskuteret. En stor del af lægegruppen var læger med anden etnisk baggrund, hvis manglende danskkundskaber afstedkom en række misforståelser mellem læge og patient. På mødet var der seks sygeplejersker til stede, hvor den uddannelsesansvarlige sygeplejerske fungerede som ordstyrer. De tilstedeværende sygeplejersker gav udtryk for kommunikative udfordringer i forbindelse med lægernes manglende danskkundskaber. Specielt to yngre sygeplejersker talte hurtigt og anvendte generelle værdidomme: 'det er et stort problem', 'patienten forstår jo ingenting'. En sygeplejerske var særlig påvirket af det forhold, at to læger ikke talte dansk indbyrdes, selvom der var sygeplejersker tilstede. Kort sagt faldt der en række positive såvel som negative værdidomme på mødet. Hurtigt gik samtalen imidlertid over i spørgsmålet om strategier for fremtidig handlen. Uden direkte at henvise til værdigrundlaget anvendtes begreberne rummelighed og respekt. På mødet blev det afslutningsvis besluttet, at de nyansatte etniske læger skulle bakkes op i deres første tid på afdelingen, så de ikke blev synlige som udgruppe men som ressource. På mødet skete der en bevægelse fra handlinger, som vurderes, til en fremstilling af værdierne

rummelighed og respekt. Et eksempel fra hospice kan illustrere samme praksis. Der er eftermiddagskonference, og en af sygeplejerskerne fortæller om de udfordringer, der er forbundet med plejen af en kognitiv forstyrret patient. Patienten vil gerne ud at gå hele tiden, hvilket i visse tilfælde kan være til skade for patienten selv. Som i eksemplet før påbegyndes dialogen med en række værdidomme forbundet med mulige handlinger. Det er rigtigt/forkert, godt/skidt at gøre A, B, C osv. Dialogen slutter imidlertid med strategier for handling, hvorefter der skabes enighed om grundværdien 'ubetinget accept' uden at henvise eksplicit til værdigrundlaget.

Som nævnt kan der tilmed arbejdes med værdibegreber mere deduktivt, hvilket også fandt sted på både onkologisk afdeling og hospice. Denne type praksis var altid mere formel set i forhold til førnævnte induktive praksis. Dels kunne værdierne implementeres gennem påmindelser fra ledelsen. På møder eller temadage kunne ledelsen eksempelvis spørge, hvordan værdien respekt med fordel kan ses ind i en specifik sammenhæng. Desuden blev alle nyansatte på begge arbejdspladser introduceret til værdigrundlaget, hvilket er det bedste eksempel på deduktiv aksiologi.

Med induktiv og deduktiv aksiologi har jeg fokuseret på bevægelsen mellem værdibegreber og handlinger. Spørgsmålet er nu, hvordan sygeplejersker selv oplever sammenhængen mellem værdigrundlag og klinisk praksis. Her skal der først fokuseres på sammenhængen mellem sygeplejerskens individuelt formulerede værdier og afdelingens værdisæt. Dernæst fokuseres på sygeplejerskernes egen vurdering af afdelingens udarbejdelse og fortsatte arbejde med et værdigrundlag. I første omgang skelnes der ikke mellem onkologisk afd. og hospice. Når det gælder sygeplejerskers vurdering af afdelingens grundværdier, er der imidlertid en række forskelle, der skal belyses.

Sygeplejerskens værdibegreber og institutionens værdier

Jeg spurgte alle de sygeplejersker, jeg fulgte med, hvad de anså for at være en god sygeplejerske. De mange svar indeholder en række grundværdier, som nedenstående eksempler afslører.

'... det er en, der har overblik og er nærværende ved patienten... skal samtidig udvise respekt og tillid'

'en sygeplejerske der har humor, udviser empati, er intuitiv og tilstedeværende'

'en god sygeplejerske er åben og udviser nysgerrighed og oprigtig interesse for patienten'

'en der er god til at fange situationen'

'ydmyghed er det vigtigste'

'er i stand til at kunne se og høre et andet menneske. Hun sørger for, at patienten bevarer sin integritet og værdighed'

Umiddelbart vil man gennem ovenstående kunne identificere både kongruens og inkongruens mellem sygeplejerskens værdibegreber og afdelingens formaliserede værdier. En direkte sammenligning af de anvendte begreber og afdelingens værdibegreber er imidlertid problematisk af flere grunde. Samme praksis kan således vurderes ens, men med forskellige begreber. Desuden kan samme værdibegreb såsom 'respekt' både henvise til forskelligt meningsindhold (intension) og reference (ekstension). Denne problematik gælder også for værdigrundlaget, hvor de formulerede værdibegreber kan tolkes og ikke mindst anvendes forskelligt. Dette kan i sig selv devaluere et formaliseret værdigrundlag, såfremt det er tænkt som et instrument i vanskelige situationer.

Jeg blev dog særlig opmærksom på et enkelt værdibegreb, der samtidig kaster lys over anvendelsen af et formaliseret værdigrundlag. Jeg observerede således ved flere lejligheder, hvordan sygeplejersken anvendte humor i plejen af patienterne. Jo mere alvorlig en situation synes at blive, desto mere blev humor en presserende værdi som en forskudt reaktion på en alvorlig situation. Humor var endvidere en værdi, som flere sygeplejersker selv fremhævede, uden at det var nævnt i værdigrundlaget på de to afdelinger. Humor er interessant som værdi af flere grunde. For det første er det en værdi, som man kan være uenig i. Det er svært at være uenig i, at sygeplejersken skal være åben, rummelig, tillidsfuld og respektfuld. Disse værdibegreber kan derfor let ende som tautologier og på den måde miste betydning. Fem ud af otte sygeplejersker på onkologisk afd. kunne således ikke huske de fire grundværdier, der var nævnt i værdigrundlaget. Eksempel:

'værdigrundlaget har jeg ikke rigtig noget forhold til. Jeg har den fornemmelse, at de betyder mest for dem, der sidder i værdigruppen. Jeg kan godt stå inde for værdierne, men er kun blevet introduceret til dem'

Det samme var tilfældet på hospice, hvor de færreste kendte til indholdet af værdigrundlaget. Her var der dog en enkelt undtagelse nemlig værdien 'ubetinget accept'. Netop denne værdi blev husket, fordi det var muligt at være uenig i sygeplejerskens ubetingede accept af patienten, og ikke mindst fordi denne værdi potentielt kunne afføde en række udfordringer i praksis. På den måde er der lighed mellem humor og 'ubetinget accept'. Der er tale om værdier, som kan være forkerte/negative, hvilket giver dem en kant, der gør dem mere synlige. Det er selve kanten eller grænsen mellem eksempelvis humor/alvor og respekt/despekt, der får værdierne frem i sygeplejerskens bevidsthed. Dette gælder principielt for alle værdier. Dialektisk må jeg derfor have en ide om det uansvarlige, hvis jeg skal kende mit ansvar. Men det er stadig grænsen, der er vigtig. Jeg ser først værdien, når grænsen mellem værdien og dets egen indeholdte modsætning udfordres. På samme måde ser jeg først vinduet, når det er beskidt.

Som et andet kendetegn forbundet med humor som værdibegreb, er den vanskelige vej fra begreb til greb i praksis. Med andre ord er humor svært at operationalisere. Lad mig give et konkret eksempel. På onkologisk afd. fulgte jeg en sygeplejerske på en aften vagt, hvor vi på et tidspunkt talte ganske uformelt på gangen. Vi talte om grundværdier i sygeplejen set i lyset af afdelingens arbejde med værdier. Sygeplejersken fremhæver nu humor som værdi. Hun nævner flere eksempler, hvor humor har skabt en lethed, der har befriet patienten for en del af den tungsindighed, der ellers dominerer afdelingen. Imens vi står og taler, bliver sygeplejersken kaldt af en patient. Hun går ind til patienten, som fremhæver, at hendes drop er gået i stå. Imens sygeplejersken ser på slangen til det aktuelle drop, nævner patienten, at hun er ked af det store blå mærke, hun fik, da sygeplejersken ramte ved siden af med nålen. Hertil svarer sygeplejersken: 'ja, er det ikke flot... blå er min yndlingsfarve' (sygeplejersken forsøger at afstemme en latter, men patienten er tavs). Som nævnt havde sygeplejersken umiddelbart forinden talt varmt for humor som grundværdi på

afdelingen, hvilket jeg tolkede som hendes forsøg på at vise det i denne situation. Det synes imidlertid ikke at virke efter hensigten i denne situation, idet patienten forblev tavs og nedstirrede hende. Situationen fortæller om et brud på vejen fra værdibegreb til greb i praksis. Værdibegrebet blev ikke afstemt efter situationen, hvor alvor var en værdi. Sagt med andre ord tænkte sygeplejersken over humor uden at se situationen som et sted, hvor humor ikke kunne få fat. Omvendt synes der samtidig at være et brud på vejen fra det værdifulde greb i praksis til værdibegrebet. Lad mig præsentere et eksempel, hvor humor kommer til udtryk. På en aftenvagte på onkologisk afd. hersker der travlhed, hvilket jeg tolker således, at omsorgsopgaverne står i kø, hvor nogle opgaver ikke bliver udført. Der er tre sygeplejersker i vagt, hvor jeg følges med en sygeplejerske, der har mange års erfaring på afdelingen. En højfebril patient indlægges akut. Patienten vil ikke ligge i sengen og går desorienteret nøgen rundt på gangen. Sygeplejersken får hjulpet patienten ind på stuen igen, hvor han imidlertid urinerer på gulvet. På vej ud fra stuen siger hun til de to fortravlede kolleger: 'Vi skulle egentlig have taget en urinprøve, men nu kan jeg jo bare dyppe en strips i pytten på gulvet' (det gør hun dog ikke). De to kolleger griner, hvilket virker befriende i en presset situation. Jeg spørger efterfølgende sygeplejersken, hvorvidt humor mere generelt er en værdi i hendes arbejde, hvortil hun svarer bekræftende. Hun benægter imidlertid, at hun tænkte over humor som mulig værdi i situationen, hvortil hun tilføjer: 'jeg kan godt se, der er flere værdier i situationen, men det tænker jeg slet ikke over'. De to eksempler kan bekræfte hypotesen om, at der er en brud på vejen mellem det værdimæssige greb i praksis og værdibegrebet om praksis. Denne tolkning blev bekræftet mere direkte af flere sygeplejersker. Her skal gives et eksempel, hvor det ikke er værdien 'humor', som er i spil, men derimod 'rummelighed' som er et af de værdibegreber, der afspejler værdigrundlaget på hospice, hvor eksemplet udspiller sig. Efter formiddagskonferencen på hospice siger sygeplejersken (henvendt til mig på gangen):

Sygeplejerske: Hårene rejste sig, da jeg hørte en af kollegerne udtrykke sig på mødet i dag... hun (en kollega) sagde... 'vi skal jo også rumme de pårørende'. '... hvad er det for noget vås at sige'.

Ego: Hvorfor blev du påvirket af talen om rummelighed?

Sygeplejerske: Det har jeg hørt så mange gange... vi skal jo vise det... at sige det kan jo betyde så meget... jeg er ved at kaste op over alle de begreber... det hele bliver så opstyltet... det vigtigste er jo, at vi gør det'.

Eksemplet bekræfter ikke blot et muligt brud mellem det værdimæssige begreb og grebet i praksis, men afspejler tilligemed en kollegial uenighed vedrørende arbejdet med værdier. Et andet eksempel udspiller sig ved vagtskifte (aften/nat) på hospice (på kontoret), hvor et kursustilbud diskuteres. Der grines af de mange begreber, som er indeholdt i kursusbeskrivelsen.

Sygeplejerske 1: Det er jo bare modeord, hvor de nye afløser de gamle.

Sygeplejerske 2: (griner) Ja, dengang jeg blev ansat, talte man meget om nærvær... det fyldte meget dengang. Jeg havde egentlig aldrig tænkt over, at jeg selvfølgelig var tæt på patienten, når jeg gav medicin.

Det mest direkte eksempel på et brud mellem de formaliserede værdier i værdigrundlaget og klinisk praksis kom fra en sygeplejerske på onkologisk afdeling. Vi sidder som de to eneste i kaffestuen og spiser frokost. Talen falder på arbejdet med værdier i forbindelse med det nye værdigrundlag.

Sygeplejerske: Vi har haft det (værdigrundlaget) oppe at diskutere flere gange... det sætter noget i gang i vores hoveder.

Ego: Hvordan vurderer du forløbet?

Sygeplejerske: Det overraskede mig at se, hvordan vi har talt om værdierne og efterfølgende se, hvordan man alligevel kan handle anderledes.

Eksemplet problematiserer ikke blot vejen fra værdigrundlag til praksis, men nuancerer det yderligere. Sygeplejersken nævner, at en diskussion af værdigrundlaget sætter noget i gang (i vores hoveder) men at denne aktivitet ikke nødvendigvis fører til handling. Heraf kan der imidlertid ikke sluttes, at værdigrundlaget eller diskussionen af samme er ufrugtbar. I stedet for at lede efter forbindelsen (eller mangel på samme) mellem formaliserede værdibegreber og værdifuld praksis valgte jeg derfor at spørge

sygeplejerskerne direkte om deres vurdering af værdigrundlagets anvendelse, funktion og værdi.

Sygeplejerskernes vurdering af værdigrundlagets anvendelse, funktion og værdi

Svaret på spørgsmålet om værdigrundlagets anvendelse, funktion og værdi afspejlede ikke blot kongruens såvel som inkongruens mellem individuelle værdier og afdelingens værdier, men afstedkom samtidig en problematisering af de formaliserede værdibegrebs mulige instrumentaliserings. Ser vi først på den formulerede forbindelse mellem sygeplejerskens værdier og de formaliserede værdier i værdigrundlaget, kunne sygeplejersker ganske ofte ikke huske, hvilke værdibegreber værdigrundlaget indeholdt. Et eksempel var en samtale med en sygeplejerske på hospice i forlængelse af en omsorgssituation, hvor der er afstemt latter mellem sygeplejerske og patient.

Ego: ... Er der betydningsfulde værdier knyttet til dit arbejde, som ikke står nævnt i værdigrundlaget?

Sygeplejerske: Nej – ikke som jeg lige kan komme i tanke om

Ego: Hvad med humor?

Sygeplejerske: Ja – det har du ret i..det er meget vigtigt... men står det ikke i værdigrundlaget?

Humor (eller begreber med tilsvarende intension) var ikke nævnt i værdigrundlaget. Som tidligere pointeret og som eksemplet antyder, var der ingen sygeplejersker, der havde et indgående kendskab til værdigrundlaget. Værdigrundlaget blev først kendt, når/hvis de indeholdte værdier 1. Har en kant, dvs. kan være forkerte, eller 2. Hvis værdierne bliver udfordret, eller 3. Hvis der er en uoverensstemmelse mellem egne værdier og de formaliserede værdier i værdigrundlaget. I alle tilfælde var det ikke i situationen, værdigrundlaget blev synligt, men derimod gennem diverse mødefora, hvor papirerne og/eller begreberne blev trukket frem. Værdigrundlaget er derfor ikke et etisk instrument i situationen, men derimod et kollegialt redskab hvor værdier afstemmes på afdelingen. Med andre ord fungerer værdigrundlaget ikke primært som

en måde, hvorpå den etiske situation tackles, men snarere som en afstemning af etikken på afdelingen – er jeg/du/vi i takt med hinanden? Denne hypotese bekræftes af en række individuelle dialoger med sygeplejersker fra både onkologisk afd. og hospice. Nedenstående gensvar fra tre sygeplejersker har afsæt i spørgsmålet: 'Hvad betyder afdelingens værdier for dig?'

Jeg føler, det er mig... der har altid været en speciel ånd på onk. afd. ... nu har vi sat ord på... det kan nogle gange være rart, specielt i forbindelse med nyansættelser.

Det er ikke noget, jeg behøver at hive op af skrivebordsskuffen. Jeg har været her i så mange år.

Det er rigtig godt, at der står, at patienten er i centrum... men det får mig dog aldrig til at handle sådan direkte.

Værdigrundlaget fungerer som et etisk såvel som kulturelt demarkationskriterium, hvor værdierne formuleres og afstemmes i samklang med professionsidentiteten. På den måde får det stor betydning at placere værdierne i stillingsannoncer, ved jobsamtaler o.lign. Som en erfaren sygeplejerske på onkologisk afd. formulerer det i eksemplet ovenfor: 'Nu har vi sat ord på... det kan nogle gange være rart, specielt i forbindelse med nyansættelser.' På onkologisk afd. blev der ansat flere sygeplejersker under feltarbejdet. Jeg fik således lejlighed til at spørge de nyansatte, hvorvidt denne introduktion afstedkom overvejelser i deres praksis. Det drejede sig kun om få nyansatte, men svaret var altid negativt. Tværtimod havde de også sagt ja til stillingen, såfremt andre værdier var nævnt. Alligevel er værdibegreberne mere synlige for de nyansatte, hvilket imidlertid ikke betinges af det formaliserede værdigrundlag, men derimod af løbende handlinger og dialoger hvor normative vurderinger kommer til udtryk. Værdierne skal således først afstemmes blandt kolleger, før afdelingens normer langsomt tilegnes som egne sædvaner. Indtil da sker der en gradvis tilpasning, hvor den nyansatte langsomt afstemmer sædvanen blandt kollegerne. Hypotesen bekræftes af følgende udtalelse fra en sygeplejerske under et fokusgruppeinterview på hospice, hvor jeg spørger til værdigrundlagets anvendelse, funktion og værdi.

'Man kan tydeligt mærke, hvis der kommer en vikar, som ikke har det (værdigrundlaget) med sig. For eksempel var der en, som satte sig ned foran to patienter i spisestuen og begyndte at spise sin madpakke foran patienterne. Hun begyndte ikke at stille noget frem eller noget, og det skreg til himlen da jeg kom ned i spisestuen, hvor jeg så de to syge, der bare sad der og ventede. Det var bare så tydeligt ikke os... og så forkert (der nikkede blandt kollegerne).'

Sygeplejerskerne er enige om, at vikaren handlede forkert. Men hvorfor? Min tolkning er, at vikarens normer og værdier endnu ikke er blevet afstemt med de herskende værdier på hospice, hvor normen er, at sygeplejersker spiser sammen med patienterne. Vikaren har endnu ikke haft blik for det sædvanlige på hospice, og sygeplejerskerne har endnu ikke fået skik på hende. For at vikaren kan blive skikkelig, må hun i det mindste handle gennem normerne på hospice og dermed blive en 'skikkelse' på hospice. Indtil videre er hun synlig gennem sit brud på sædvanen på hospice. Med ovenstående citat skal det tilføjes, at sygeplejersker på hospice ikke havde et frokostlokale eller opholdsrum, hvor patienter ikke befandt sig. Dette skal ikke forsvare vikaren, men blot skabe grundlag for en forståelse for hvorfor vikaren ikke hørte 'skriget til himlen'. Kort sagt kender hun først værdierne på institutionen, når hun konfronteres med situationer af denne type, mere end når hun konfronteres med et værdigrundlag.

Når den erfarne sygeplejerske derfor siger (se forrige citat), at hun ikke behøver at hive værdigrundlaget op af skrivebordsskuffen, med den begrundelse at hun har været på afd. i mange år, bekræfter det både denne værdimæssige afstemning og kulturelle identifikation, men indikerer samtidig at værdigrundlaget ikke bruges direkte til løsning eller opløsning af de etiske situationer.

Sammenhæng mellem sygeplejerskers og patienters værdibegreber

Under feltstudierne fik jeg mulighed for at spørge patienterne, hvad de anså som værdifuldt bundet til plejen under indlæggelsen. Målet var primært at finde ligheder og forskelle mellem sygeplejerskers udtalte/udviste værdier og patientens værdier. Til indfrielse af dette mål skal her fremhæves tre forhold.

Som det første forhold, skal det nævnes, at patienterne vurderede sygeplejersken som person frem for sygeplejerskens handlinger. Uden undtagelse var det altid sygeplejerskens personlige egenskaber, der blev vurderet. Lad mig præsentere nogle eksempler:

'... De er alle så rolige og venlige'

'Sygeplejerskerne er så søde og gode ved mig'

'Deres smil betyder uendelig meget for mig. ... der er ikke meget at smile af her på afd. men meget at smile for'

'... De er utrolig søde og rare her på afd.'

'Den unge sygeplejerske er så slagfærdig'

Den mest gennemgående vurdering fortæller om sygeplejersken som sød og rar. I visse tilfælde uddybes dette som i ovenstående eksempler med beskrivelser af sygeplejerskens karakteregenskaber, dvs. venlig, slagfærdig, handlekraftig osv. Patienternes fokus på sygeplejersken som person gælder også de negative værdier, hvilket nedenstående eksempel illustrerer.

'... Hun havde det faglige, kom med min medicin og spurgte til mad... men den måde hun kom ind på stuen, kunne jeg ikke lide. Hun var slet ikke til stede...'

Fra patientens side var der langt mere fokus på den måde, sygeplejersken handlede frem for selve handlingen. Dette forhold er særlig interessant i et mere generelt etisk perspektiv, hvor der kan skelnes mellem etiske handlinger og etiske personer. Der er selvsagt en sammenhæng. Men arbejdet med etik betinges af fokus på henholdsvis egenskaber og/eller redskaber. Dvs. personegenskaber versus etiske redskaber i form af teorier, begreber, retningslinjer, kodeks etc. Dette forhold står helt centralt i spændingsfeltet mellem etisk refleksion og handling og skal underlægges en mere grundig behandling i del V. I denne sammenhæng skal det blot understreges, at de adspurgte patienter appellerer til udvikling af karakteregenskaber frem for etiske redskaber, desuagtet at redskaber kan føre til nye personegenskaber.

Som andet forhold bundet til samtalerne med patienterne spurgte jeg mere direkte til værdibegreber. To gennemgående værdier blev her nævnt, nemlig værdighed og tid. Det interessante er imidlertid, at når jeg efterfølgende nævnte afdelingens værdier, kunne patienten altid se en sammenhæng mellem afdelingens grundværdier og egne formuleringer til trods for den begrebslige forskel. Som eksempel talte jeg med en meget velovervejende patient på onkologisk afd. på en aftenvagte. Samtalen forløb som nedenfor:

Ego: 'Hvilke værdier anser du som vigtige i sygeplejen?'

Patient: (svaret kommer prompte) 'Tid, nærvær, tryghed og venlighed. Det er vigtigt, at sygeplejersken viser, hun har tid, at hun formår ikke bare at lytte men også forstå.'

Ego: 'Her på afdelingen har man diskuteret fire værdier; tillid, respekt, åbenhed og rummelighed... er det også sådan, du ser det praktiseret.'

Patient: 'Ja det stemmer med det, jeg sagde før'

Det skal bemærkes, at de udtalte værdibegreber er forskellige. Der er således forskel mellem sygeplejersker og patienters værdibegreber, når det gælder begrebsudtryk. Når det gælder værdibegrebernes meningsindhold (intension), og det der refereres til (ekstension), er den værdimæssige afstemning imidlertid langt mere klar. Selvom der anvendes forskellige begreber, som eksemplet illustrerer, tales der stadig om samme værdifulde praksis. På et afgørende punkt var der imidlertid forskel mellem patientens værdibegreb og sygeplejerskens værdibegreber, hvilket er det tredje og sidste punkt, som her skal præsenteres og analyseres.

Som nævnt var tid en meget vigtig værdi for patienterne. Normativt blev tid både omtalt positivt og negativt. Sygeplejerskens karakteregenskaber blev således ofte vurderet gennem tidsbegrebet. Det var imidlertid aldrig den målte tid, der blev vurderet. Dvs. hvorvidt sygeplejersken var 3 eller 30 minutter på stuen i løbet af en vagt. Det kvantitative aspekt fik aldrig en rolle. Derimod var det måden, sygeplejersken var i tiden, der blev vurderet. Dette forhold blev ikke blot nævnt af patienter, men ganske ofte uddybet. Et eksempel var en mandlig patient på onkologisk afd., som jeg fik mulighed for at tale med i opholdsstuen.

Ego: 'Hvad har værdi i den daglige pleje?'

Patient: 'Tid... at sygeplejersken giver sig tid. Selvom der er travlt, må det ikke bruges som undskyldning for ikke at være tilstedeværende i de få minutter, hun så endelig er der'. Det betyder meget for mig, at sygeplejersken er tilstedeværende, når hun svarer på et spørgsmål, som jeg har ligget og tænkt på i flere timer.'

Med eksemplet er det samtidig interessant at se, hvordan tiden konverteres til tilstedeværelse. Tid som værdi kan således komme til udtryk gennem andre værdier. Kvantitativt kan tiden omdøbes til effektivitet. Kvalitativt kan tiden eksempelvis komme til udtryk som nærvær og fravær. Et andet eksempel var en samtale med en ældre kvinde på onkologisk afd. en sen aften. Hun appellerer selv til en samtale, hvor hun nævner tid som værdi med en understregning af den måde, sygeplejersken befinder sig i tiden. Hun udtaler:

Det afgørende er ikke om sygeplejersken er på stuen i 5 eller 20 min. i en vagt, men om den måde hun er der i disse minutter.

Når sygeplejersken metaforisk giver eller tager sig tid, vil det i patientens øjne ikke være en kvantificering, men derimod et spørgsmål om kvalificering dvs. nærvær eller fravær mere eller mindre uafhængigt af antallet af minutter.

Selvom tid ikke var nævnt i værdigrundlaget på de to afdelinger, var det en udtalt værdi blandt sygeplejersker. Men her var der som nævnt en afgørende forskel fra patienternes vurdering af tid. Når sygeplejersker talte om tiden som værdi (positivt såvel som negativt), var det som noget kvantitativt. Har sygeplejersker ikke tid til patienten målt som noget kvantitativt, er det en negativ værdi. Har sygeplejersken derimod en stor mængde tid til rådighed, vurderes det meget positivt.

Forskellen i opfattelsen af tid som værdi mellem sygeplejerske og patient kan endvidere belyses fra en anden vinkel. For sygeplejersken var tiden et middel til en lang række omsorgsydelser. For patienten var tiden i højere grad en egenværdi. For patienten skal tiden således ikke konverteres til noget, andet men fremvises på en bestemt måde, hvad enten der er tale om sekunder eller minutter. Forholdet mellem

middelværdier og egenværdier er en gængs skelnen i værdifilosofien (Fronzini 1971, Bahm 1993, Birkler 2006). Penge er et ofte brugt eksempel på en middelværdi, hvor lykke omvendt gerne nævnes som egenværdi. Penge er et middel, hvor lykke er en værdi i sig selv. Her er det interessant at se denne forskel udmøntet i klinisk praksis. Både sygeplejersker og patienter talte meget om tiden men syntes at tale forbi hinanden. Både patient og sygeplejerske kunne således tale om for lidt tid men taler om to forskellige typer af praksis.

Jeg skal senere vende tilbage til mulige implikationer og fremtidige tiltag i forhold til denne pointe (del V), men allerede her skal det understreges, at den afmålte tid, sygeplejersken har til hver enkelt patient, uundgåeligt vil påvirke den måde, patienten oplever sygeplejersken som mere eller mindre nærværende på stuen. Der findes således ingen lette løsninger såsom et fokusskifte i opfattelse af tid. Der er samtidig en politisk såvel som organisatorisk virkelighed, der skaber nogle rammer og vilkår, som værdier nødtvungent vil være bundet til.

Delkonklusion

Både på onkologisk afd. og Sct. Maria Hospice Center arbejdes der med værdier på et formelt plan. Begge arbejdspladser har således udformet et værdigrundlag, der er udarbejdet både induktivt og deduktivt. Vejen mellem værdibegreb og greb i praksis blev ikke endeligt identificeret. Dette gjaldt både vejen fra det formaliserede værdibegreb til dets udmøntning i praksis og omvendt vejen fra værdifuld handling til bevidsthed om de tilhørende værdibegreber. Sygeplejerskers kendskab til værdigrundlaget som afgrænsede værdier var minimalt. Værdigrundlaget blev først synligt, når værdierne blev udfordret. Det kunne både gælde værdier, som ikke var nævnt i værdigrundlaget (humor), og værdibegreber som var nævnt i værdigrundlaget (ubetinget accept). Der blev identificeret en række forskelle og ligheder mellem patientens værdidomme/værdibegreber på den ene side og sygeplejerskens værdidomme/værdibegreber på den anden side. Dels vurderer patienterne sygeplejerskernes karakteregenskaber frem for sygeplejerskens handlinger, og dels anvendes forskellige værdibegreber til trods for den fælles reference. Endelig blev tid

ofte nævnt som værdibegreb blandt de adspurgte patienter. Her var der imidlertid uoverensstemmelse mellem patienten og sygeplejerskens tidsbegreb tolket som værdibegreb.

Hvordan taler etikken, og hvordan bringes den i tale?

I denne analysedel skal det belyses, hvornår og hvordan etikken kommer til syne blandt de udvalgte sygeplejersker. Her tænkes ikke på de etiske situationer eller etiske dilemmaer, men derimod på etikkens italesættelse. Hvordan taler sygeplejersker om etik? Hvilke billeder og metaforer bringes i anvendelse? Tanken er imidlertid ikke at gennemføre en egentlig diskursanalyse, hvilket ligger uden for rammerne af dette projekt. Med fokus på projektets mål og delmål skal sygeplejerskens begrebsliggørelse af etikken derimod ses i sammenhæng med en mulig identificering af sygeplejerskers etiske refleksioner.

Etikkens tilsynekomst

Da jeg påbegyndte mit feltarbejde på henholdsvis onkologisk afd. og hospice, vakte projektet stor interesse blandt de involverede sygeplejersker. Samtidig anså sygeplejerskerne etik som et vigtigt fokusfelt. Både før under og efter undersøgelsen hørte jeg ofte variationer over udtalelsen 'det er godt, vi har fokus på etik'. Det synes nærmest at være et dogme, at etik er et gode. Men befandt jeg mig sammen med en sygeplejerske, som oplevede at stå i et etisk dilemma, ville hun i reglen helst være fri for den form for etik. Helt konkret stod jeg eksempelvis sammen med en sygeplejerske på hospice, som i forbindelse med en vanskelig situation direkte udtalte: 'Det dilemma gider jeg bare ikke lige nu'. Spørgsmålet er, hvorvidt sygeplejersken vil etikken eller helst vil være fri for den? Sagen er, at hun vil begge dele, men har svært ved at finde sammenhængen. Her kan der hypotetisk siges at eksistere en dualitet mellem etisk refleksion (talen om etik) og den etiske handling (i den etiske situation/dilemma). Hypotesen skal senere undergå en mulig verificering og falsificering i tilknytning til sygeplejerskens løsning og opløsning af de etiske dilemmaer (Jf. p. 240 ff.). I første omgang skal her belyses, hvornår etikken kommer til syne som sprogligt fænomen.

Grundlæggende bliver etikken begrebslig, når nogen eller noget står i vejen for sygeplejerskens værdibaserede handlinger. Mere præcist talte de sygeplejersker, jeg fulgte, om etik, når egne eller afdelingens normer og værdier blev

udfordret. En erfaren sygeplejerske på hospice udtaler det på denne måde: 'Jeg bliver opmærksom på etik, når nogen ikke er det'. I situationen nævner sygeplejersken en kollega, der behandler en patient på en for hende uværdig måde. En situation kan samtidig udfordre den enkeltes normer og værdier, så handlemulighederne bliver få. En sygeplejerske udtaler: 'jeg mærker etikken, når jeg er trængt op i en krog'. Generelt for sygeplejersker på onkologisk afd. og hospice fremhæves det forhold, at etikken er blevet mere synlig. Her henvises ofte til ændringer i de organisatoriske og politiske forhold. En erfaren sygeplejerske på onkologisk afdeling nævner eksempelvis gennem et fokusgruppeinterview, at etik hænger sammen med det at gøre sit arbejde godt nok og tilføjer:

'Vi er jo nogle, der har været her i 100 år. Vi oplever at få flere og flere patienter og flere og flere arbejdsopgaver til den samme person til den samme tid (pauserer) sådan en fremadskridende proces, hvor hver gang det ligesom tager et hop... hvor vi eksempelvis skal være én mindre om aftenen, hvor der er lige så mange patienter, som der plejer at være, så har vi en fornemmelse af, at kvaliteten af vores arbejde svinder eller bliver mindre... vi har mindre tid til at gøre det samme... så oplever vi, at vi ikke gør det godt nok i forhold til, hvad vi kunne før, da vi var fire i arbejde om aftenen. Lige i de situationer indtil man vænner sig og finder en ny arbejdsrytme... lige i det man bliver beskåret i sine muligheder for at gøre arbejdet godt nok i ens øjne.'

Citatet udtrykker her, hvordan etikken bliver synlig som en distance mellem det sygeplejersken kan, skal og bør gøre.

Når etik bringes i tale blandt sygeplejersker på de to institutioner, sker det dels gennem egenværdier såsom respekt, værdighed og ansvarlighed og dels gennem vurdering af egne og/eller andres karakter eller handlinger. Anvendes begreberne etik og moral, er det i reglen som negation. Eksempelvis er en sygeplejerske eller sygeplejehandling uetisk og/eller umoralsk, men kun sjældent etisk og/eller moralsk. Dette falder i tråd med udtalelserne om etikens synlighed som fravær eller udfordring. Anvendes begreberne etik og moral i positiv form, bliver etik og moral placeret i tid og rum og vel at mærke distanceret fra personer. Eksempler: 'Derinde (patientstue) er der masser af etik', 'I nat var der meget etik', 'Vi skal have

noget mere etik her på afdelingen', 'Hun trænger til noget etik'. Også de pårørende har behov for etik i form af en formaliseret henstilling, der er placeret ved indgangen til onkologisk afd. (se bilag 8). Etik er ikke blot en vare, der metaforisk kan købes og sælges, men også noget der kan placeres og medbringes (Birkler 2007, p. 15-19). Sygeplejersker på de to institutioner taler om etik i noget, ved noget, på noget, hvor etik er noget, jeg finder, placerer, observerer eller besidder (min, din, vores etik). Som modsætning, men kun i mindre omfang, var etik noget sygeplejersken var, viste eller udlevede. I væsentligt omfang er etik derfor en vare, som kan bruges eller misbruges. Sygeplejersker er i den forstand etiske forbrugere. I gruppen af sygeplejersker var det særligt sygeplejersker under 45 år, der anvendte begrebet etik som et eksternaliseret instrument. Sidstnævnte forhold bekræfter hypotesen om en sammenhæng mellem etiske refleksioner og sygeplejerskens alder.

Hvad er etik?

Typisk anvendte sygeplejerskerne begrebet etik frem for moral. Tre sygeplejersker ville gerne opretholde et skel mellem etik og moral, men kunne ikke redegøre for dette skel uden modsigelser. Stillede jeg spørgsmålet: Hvad er etik? var svarene mangfoldige.

Det der er rigtigt og forkert bundet til menneskesyn og holdninger

Etik er opdragelse

At leve sig ind i situationen

Etik er ikke, hvad jeg gør, men måden jeg gør det på

At opføre sig ordentligt

Etik er den måde, man behandler andre på

Etik er menneskelig kontakt

Den måde vi gebærder os på

De værdier jeg har med

At man er grundfæstet i sig selv og sit fag

Etik er at lægge vores liv til rette

Etik er grundlaget for vores sameksistens

I første omgang skal det her bemærkes, hvordan etikken i mindre omfang er instrumentel, når der spørges direkte dertil. Direkte adspurgt er etik således i højere grad et menneskeligt eller mellemmenneskeligt grundvilkår. Etik præsenteres som et grundlag, hvorpå handlingerne hviler. Et grundlag som funderes via opdragelse og menneskelig kontakt.

Når jeg forsøgte at få uddybet spørgsmålet om etikkens egenart, greb sygeplejersken til anvendelsen af metaforer. En metafor (af gr. *metaphora*) kan defineres som et billedligt udtryk, hvor der overføres et ord eller udtryk fra dets normale sammenhæng til en anvendelse, der fremkalder en ny billedlig betydning. Ifølge Lakoff og Johnson (1980) er metaforer ikke blot et sprogligt fænomen eller redskab, men noget der griber ind i både tanke og handling. På den baggrund kan metaforer ikke blot åbne og lukke for bestemte refleksionsstrukturer, men samtidig influere på den etiske handling. Som nuancering af etikkens egenart anvendte sygeplejerskerne ofte forskellige havemetaforer:

Den ligger indgroet i mig
Dyrke karakteren
Den vokser op indefra
Etikken skabes i opvæksten
Finde mine rødder

Havemetaforen åbner for en ide om etik, som noget der kommer indefra som en langsom proces. Der skal plantes, før noget kan bære frugt. Samtidig er etik noget, der skal plejes og evt. beskæres. De fleste metaforer blev imidlertid anvendt i forlængelse af de etiske situationer, hvor jeg ikke spurgte til etikkens egenart, men derimod til måden sygeplejersken tacklede situationen. Her blev kropsdele ofte anvendt som metafor.

Det er min fingerspidsfornemmelse
En mavefornemmelse
Det sidder i baghovedet
Det ligger på rygmarven

Det er kommet ind under huden
Jeg var lige ved at tabe hovedet.

Her ser vi igen, hvordan etikken er en ufravigelig del af personligheden eller karakteren. De enkelte kropsdele symboliserer samtidig forskellige menneskelige evner. Fingerspidsen er meget følsom og afspejler sygeplejerskens intuition. Maven refererer til følelserne, hvor hovedet er den mere rationelle del af sygeplejerskens handletilbøjeligheder. Baghovedet og rygmarven åbner for ideen om tavs viden som en del af det etiske felt. Etikken blev tilmed identificeret metaforisk gennem hjemmet eller det hjemlige.

Sådan føler jeg mig hjemme
Det har jeg hjemme i
Jeg blev på egen boldgade

Hjemme er det trygge. Når situationen bliver vanskelig, føres man derfor tilbage til det oprindelige. På samme måder henvises ofte til (boligens) fundament. Etik bliver et fundament, hvor alt andet flyder. Etikken bliver handlingernes ufravigelige afsæt, det handlingerne hviler på. Har man derfor ikke et hjem, må man bygge et nyt hjem op.

Hvor kommer etikken fra?

I forlængelse af spørgsmålet om etikkens egenart spurgte jeg sygeplejersken om etikkens oprindelse. Spørgsmålet belyser etikken set gennem henholdsvis dannelse og/eller uddannelse.

I praksis gennem patientsituationer
Noget vi er opdraget til
Hvis ikke man har etikken med sig, kan man ikke blive etisk gennem udannelsen
Man skal i forvejen være sporet ind på etikken (før ansættelse på onk. afd.)
Fint nok med etik gennem uddannelsen, men vi må have noget med hjemmefra
Det er noget, man har med sig – gennem et langt liv
Etik er dannelse i livets skole. Uddannelse skaber opmærksomhed på mit menneskesyn

De enkelte svar er samstemmende i vægtningen af etik som en dannelsesproces frem for etik blot set gennem skolastisk uddannelse. Hvorvidt denne proces finder sted før sygeplejerskeuddannelsen, under uddannelsen og/eller efter endt uddannelse er imidlertid mere uklart. Generelt peger flere sygeplejersker dog på opdragelse som afgørende element. Her er der en klar vurdering af forbilleder frem for forskrifter. En ældre erfaren sygeplejerske på onkologisk afdeling formulerede det sådan: 'De studerende skal se, hvordan vi ældre gebærder os'. Som tidligere blev der anvendt metaforer, når jeg bad om en præcision af det enkelte synspunkt. Til dannelsen/uddannelsen af den etiske karakter blev metaforene ofte hentet fra de ældre håndværk. Der skal således høvles, slibes og pudses på karakteren, så sygeplejersken bliver behøvet og ikke ubehøvet. Den enkelte sygeplejerske skal slibe eller file kanterne af karakteren. Står det slemt til, skal hun afrettes/rettes af. Som mere konkret eksempel oplevede jeg en nyansat sygeplejerske blive omtalt blandt de mere erfarne i kaffestuen på onkologisk afd. Den nyansatte sygeplejerske gik rundt til patienterne med en enkelt bakke ad gangen i stedet for at benytte stativet til flere bakker. Blandt de to erfarne sygeplejerske lød det: 'Hende skal vi nok få rettet af'. Etik bliver hermed nært beslægtet med kulturbegrebet, set som en dyrkelse af karakteren. Karakteren er noget mere eller mindre formbart, der placeres i kulturens prokrustesseng.

Musik blev også anvendt som metafor for dannelsen af den etiske karakter. Sygeplejersken skal således finde og dernæst holde takten. Normer og værdier skal afstemmes, så vi finder fælles fodslag. Sygeplejersker skal finde tonen, hvorfor nogle skal slå tonen an. Har man fundet tonen og holder takten, finder man ro i sig selv. Sygeplejersker taler netop ikke om etik, når først de har 'fundet den'. Musikmetaforen blev også anvendt i mødet med patienten. Som eksempel fulgte jeg en sygeplejerske på hospice, der ofte udtalte vigtigheden i at 'tune ind' på patienten, som et billede på det at være en forankret ledsager. 'Jeg må tune ind på ham, så jeg kan finde ud af, hvor han er'. Udtalelsen faldt efter en situation, hvor sygeplejersken var i tvivl om, hvorvidt hun skulle kontakte de pårørende, hvilket patienten selv var tilbageholdende overfor. Den konkrete sygeplejerske var erfaren på hospice og

ekspliciterede hendes modstand i forhold til etikkens formalisering gennem retningslinjer og kodeks. Som argument fremhævede hun at: 'hver patient har jo sin frekvens'. En etisk formuleret standard var således uden nytte i hendes øjne.

Delkonklusion

Når sygeplejersker på de to institutioner talte om etik som isoleret begrebsligt fænomen, er det noget 'vi' ikke kan få nok af. Det er noget, vi skal have tilført, som dogmatisk set er godt. I de situationer hvor etikken bliver synlig, dvs. når egne eller fælles normer og værdier udfordres, vil sygeplejersker modsat gerne være fri for etik. Kognitivt (og logisk) set skal der således arbejdes med etikken for derigennem at kunne blive fri for den. Hypotetisk opstår der her en dualitet mellem etiske refleksioner og etiske handlinger, hvor adskillelsen synes større end sammenhængen. Denne hypotetiske dualitet skal belyses gennem studiet af den måde, sygeplejersker tackler de etiske situationer (jf. også del V).

Når etikken kommer i tale blandt de udvalgte sygeplejersker, viser der sig en diskrepans mellem etikken set som redskab, instrument og vare på den ene side og etikken som en ufravigelig del af karakteren på den anden side. Begrebet etik griber således ind i to typer praksis. På den ene side er etik noget, sygeplejersken har, og på den anden side er etik noget, sygeplejersken er. Denne adskillelse viser sig gennem en lang række metaforer. Brugen af disse metaforer vil influere på sygeplejerskens etiske refleksioner og handlinger.

Sygeplejersker på de to institutioner taler om etikkens oprindelse gennem en dannelsesproces frem for uddannelsesproces. Der anvendes en række metaforer til at underbygge dette standpunkt. Selvom sygeplejersker derfor i et vist omfang taler om etik som et instrument eller en vare, er det ikke 'noget', der skal hentes på skolebænken eller formaliseres gennem etiske retningslinjer, men derimod kulturelle og personlige forhold der skal dyrkes.

Tilbage står mindst to ubesvarede spørgsmål. (1) Hvordan kan sygeplejersker på den ene side tale om etik som noget, jeg/vi besidder, bruger eller anvender, og samtidig tale om etikken som en ufravigelig del af karakteren og

dannelsen af samme? (2) Hvordan kan sygeplejersker på den ene side forsvare etikken fundering i klinisk praksis samtidig med, at etikken formaliseres gennem værdisæt og etiske retningslinjer. Som hypotese kan et svar ligge gemt i forholdet mellem sygeplejerskens etiske refleksion og etiske handlinger. Netop dette forhold skal nu belyses ved at se på den måde, sygeplejersker henholdsvis 'løser' og/eller opløser de etiske dilemmaer.

Etiske dilemmaer: Identifikation

I det følgende skal der fokuseres på de etiske dilemmaer i det undersøgte felt. Først belyses den måde, sygeplejersker identificerer et etisk dilemma, hvorefter de etiske dilemmaer grupperes i to typer af værdikonflikter. Den ene type værdikonflikt opstår i forholdet mellem autonomi og paternalisme. Den anden værdikonflikt opstår i forholdet mellem solidaritet og loyalitet.

Sygeplejerskens identificering af det etiske dilemma

Ganske ofte var det svært for sygeplejersken klart at identificere og definere et etisk dilemma. Ofte blev der ikke skelnet klart mellem en svær situation og et etisk dilemma. Som eksempler på svære situationer nævnte sygeplejersken en lang række, hvoraf nedenstående ofte gik igen.

- 1: At ringe til de pårørende i forbindelse med dødsfald
- 2: Når patienten ikke kan smertedækkes
- 3: Når sygeplejersken identificerer sig med den terminale patient

Disse svære situationer kan definatorisk ikke betragtes som dilemmaer (jf. p. 9), men kan udarte sig til dilemmaer. Ad 1: Hvis de pårørende ikke ønsker kontakt med den afdøde. Ad. 2: Når patienten ikke kan smertedækkes og af den grund ønsker dødshjælp. Ad 3: Hvis patienten ønsker personlig kontakt med sygeplejersken. Som nævnt var det svært for sygeplejersken klart at adskille den svære situation fra det etiske dilemma. På samme måde var det svært for sygeplejersken at identificere en forskel mellem et dilemma og et etisk dilemma. Her skal blot nævnes to eksempler. Hvis patienten tilbyder sygeplejersken slik, frugt og chokolade, og sygeplejerskerne har svært ved at sige nej. Der er muligvis tale om et vanskeligt valg, men et etisk dilemma vil definatorisk være svært at forsvare. I det næste eksempel er der tale om et vigtigt valg, som til gengæld ikke er særlig svært. En sygeplejerske på hospice skal til et møde, som hun har set frem til gennem en måned. I det øjeblik mødet går i gang, ringer en

patient, der ønsker at komme på toilet, hvilket sygeplejersken er bevidst om vil tage en del tid. Sygeplejersken vælger patienten, og hun finder ikke valget særlig svært, men identificerer det alligevel som et etisk dilemma.

Som antydnet eksisterer der en række eksempler på subjektive forhold i forbindelse med sygeplejerskens identificering af det etiske dilemma. Sagt med andre ord kunne én sygeplejerske se et etisk dilemma i en situation, hvor en anden sygeplejerske ikke kunne. På dette punkt kan der identificeres en gennemgående relativiserende faktor, nemlig arbejdsalder. Jo mere erfaring sygeplejersken havde, desto sværere havde hun ved at identificere et etisk dilemma. Dette forhold var markant. Til illustration og mulig begrundelse skal her fremhæves et eksempel:

(Jeg bliver stoppet på gangen af en erfaren sygeplejerske, der konfronterer mig med et spørgsmål)

Sp: 'Jeg skal på kursus, hvor vi skal medbringe et etisk dilemma... det synes jeg er svært... jeg kan ikke komme i tanke om nogen'.

(Hun tror øjensynligt ikke, hun har forstået opgaven og spørger derfor mig til råds. Jeg formulerer nogle mulige begrebslige afgrænsninger af etik, den etiske situation og det etiske dilemma. Hun mener stadig ikke, hun kan komme i tanke om et etisk dilemma).

Sp: '... det ved jeg ikke rigtig'

Ego: 'Hvad tænker du om de situationer, som dine kolleger ser som etiske dilemmaer?'

Sp: 'Jamen det ser jeg ikke som dilemmaer'

Ego: 'Har du tidligere oplevet disse situationer som etiske dilemmaer'

Sp: 'Ja uuuha... men da var jeg ung og grøn...og vidste ingenting.'

Som eksemplet bekræfter, kan det være vanskeligt for den erfarne sygeplejerske på hospice at identificere et etisk dilemma. Dette kan dels skyldes arbejds erfaring, som i sig selv kan opløse det etiske dilemma, hvilket eksemplet antyder. Dog kan der hurtigt drages forhastede konklusioner på dette punkt. Yngre sygeplejersker er således langt bedre trænet i at identificere et etisk dilemma gennem sygeplejerskeuddannelsen, hvor etik begyndte at fylde stadig mere op gennem halvfemserne. Jeg skal derfor senere vende tilbage til den aldersmæssige forskel, når jeg ser nærmere på sygeplejerskens evne til at løse eller opløse det etiske dilemma (p. 153 ff.).

Spørgsmålet om, hvem der står eller befinder sig i et etisk dilemma, er ikke blot betinget af forhold inden for professionen. Ganske ofte oplevede jeg situationer, hvor sygeplejersken oplevede, at det var 'hendes' dilemma, hvilket blev modsagt af lægen, som mente, at han gennem sit ansvar stod med det egentlige dilemma. Et tilbagevendende eksempel var de behandlingssituationer, hvor lægen var i tvivl om værdien af en behandling. Lægen måtte ansvarligt skønne, hvorvidt chancerne for helbredelse vejede tungere i forhold til de bivirkninger, som en behandling medførte. Flere læger fortalte mig spontant og uopfordret om dette dilemma under feltarbejdet. I reglen anvendte lægen en utilitaristisk model, hvor en afvejning skulle føre frem til et fagligt ansvarligt valg. Forskelligt fra lægen identificerede sygeplejersken situationen som et dilemma af primært to grunde. For det første var sygeplejersken i nogle tilfælde uenig med lægens beslutning om behandling (i reglen var de enige), hvilket rent praktisk skabte et muligt fravalg af plejefunktioner (illoyalitet). For det andet skabte sygeplejerskens kontinuerlige kontakt med patienten et andet syn på sagen, hvor lægens rationelle tilgang syntes at stride mod sygeplejerskens mere emotionelle tilgang. Lægerne var klar over disse to forhold, hvilket jeg fik bekræftet i fire tilfælde. Men lægerne forsvarede den rationelle distance som en styrke og den emotionelle nærhed som en svaghed, når der skulle træffes et vanskeligt valg. Sygeplejerskerne forsvarede det modsatte synspunkt. Klarheden blev skabt i nærhed med patienten, hvor sygeplejersken empatisk forstod patientens egentlige behov. Iflg. sygeplejersken glemmer lægen desuden, at det er sygeplejersken, der skal se patienten i øjnene, når 'kemokuren' hænges op i dropstativet ved sengekanten. Det etiske dilemma er således bundet til en lang række værdier, men det er selve identifikationen af dilemmaet også.

To grupper etiske dilemmaer

Som et næste punkt skal der nu kastes lys over de etiske dilemmaer, som sygeplejersker befinder sig i på henholdsvis onkologisk afd. og Sct. Maria Hospice Center. Projektet fokuserer i udgangspunktet på to grupper af etiske dilemmaer. For det første var jeg fokuseret på de værdikonflikter, hvor sygeplejersken på den ene side

kunne vælge respekten for patientens valg (autonomi) og på den anden side kunne vælge fagligheden og dermed paternalistisk modsætte sig patientens valg. For det andet var jeg fokuseret på de situationer, hvor sygeplejersken stod i en konflikt mellem solidaritet til patienten og loyalitet over for kollegaen, lægen eller de pårørende. De to ovennævnte grundkonflikter omtales ofte i litteraturen (ex. Childress and Beauchamp 2003), hvor grundværdier og grundprincipper bl.a. belyses historisk og begrebsligt, hvilket ofte sigter mod en klinisk implementering. Som empirisk analyse er mit sigte mere induktivt. Dels præsenteres de etiske dilemmaer, som de kommer til udtryk, og dels præsenteres den måde, de løses og opløses for herigennem at lade forskelle og ligheder udkrystallisere sig teoretisk.

I det følgende skelnes der ikke mellem, hvorvidt sygeplejersken identificerer et etisk dilemma, eller det er min egen identifikation. Dette skel bliver til gengæld vigtigt, når jeg vender tilbage til de mange veje, hvorigennem sygeplejersken tackler de forskellige etiske dilemmaer.

Autonomi vs. paternalisme

Ordet autonomi betyder selvstyre, selvbestemmelse eller ordret 'det at være selvlovgivende' (af gr. *autos*, selv, og *nomos*, lov). Ser sygeplejersken derfor på patienten som autonom, dvs. med retten til at træffe egne beslutninger, så må det ske ud fra en grundlæggende frihed. Men hvor meget frihed og dermed ansvarlighed kan sygeplejersken tillade patienten? I reglen er sygeplejersken og patienten enige om det, der skal ske, hvilket ikke fører problemer med sig. I andre tilfælde er enten patient eller sygeplejerske mere eller mindre indifferente i forhold til den andens valg. Jeg erfarede således, hvordan sygeplejersken kunne gøre meget ud af valget mellem det at spise på stuen eller i fællesstuen, hvor patienten ofte var mere eller mindre ligeglad. Patienten kunne omvendt vælge den ene eller anden ret til middag, hvilket stort set ikke betød noget for sygeplejersken. Det er trivielle eksempler, men skal her blot illustrere, hvordan patientautonomien i reglen trives uden problemer. Problemet opstår, når patienten enten vil eller ikke vil noget, som strider mod sygeplejerskens værdier.

Modstykket til autonomi er heteronomi (af gr. *heteros*, anden, og *nomos*, lov), dvs. det at være underlagt eller følge love, som andre har nedskrevet eller på anden måde påtvunget personen udefra. Den, der påtvinger eller på anden måde optræder som bedrevidende eller formynderisk i forhold til sit medmenneske, kan siges at handle paternalistisk (af lat. *paternus*, faderlighed). En paternalist er dermed en person, som forvalter beslutninger, der ikke angår ham selv. For sygeplejersken kan dette ske på tre måder. For det første kan det være patienten, som ikke selv er i stand til at træffe et valg, hvilket eksempelvis kan være den kognitivt forstyrrede patient. For det andet kan patienten selv ønske, at sygeplejersken vælger for sig. For det tredje kan sygeplejersken handle paternalistisk imod patientens vilje. Det er særligt i det sidste tilfælde, at sygeplejerskens værdier udfordres. Der er ofte her, vi finder de etiske dilemmaer i spændingsfeltet mellem autonomi og paternalisme.

Patientens valg eller fravalg i tilknytning til fysiske forhold

Med udgangspunkt i begrebet autonomi var der ganske ofte et udtalt ønske hos patienterne på de to institutioner om mere smertestillende medicin. Dette forvoldte i reglen ingen problemer. Principielt er det altid lægen, der ordinerer medicin. Men på onkologisk afd. og i særdeleshed på hospice udstikker lægen vide rammer, inden for hvilke sygeplejersken kan give patienten smertestillende medicin. Dette sker særligt i aften-, nat- eller weekendvagter. Ved flere lejligheder udtalte sygeplejersker dog at stå i et dilemma, når patienten ønskede mere medicin. Det var eksempelvis i tilfælde, hvor patienten var misbruger eller tidligere misbruger. Endvidere var det i situationer, hvor den psykisk ustabile patient ønskede smertestillende medicin, hvilket kunne have flere forskellige motiver. Endelig var det i situationer, hvor den kognitivt forstyrrede patient klagede højt over smerter, hvor dialogen var umulig. I alle disse situationer stod sygeplejersken i et dilemma mellem respekten for patientens autonomi på den ene side og den faglige ansvarlighed udmøntet i en mulig paternalisme på den anden side.

I modsætning til ovenstående eksempler ønskede patienterne ganske ofte ikke at indtage den ordinerede medicin, selvom sygeplejersken forsikrede om, at det var til patientens eget bedste. Dilemmaet opstår, når sygeplejersken ser en

mulighed for enten insisterende at overtale patienten eller kamuflere medicinen i maden, saften eller lignende. Denne praktiske mulighed skaber en tvivl og et muligt etisk dilemma. I disse situationer nuanceres dilemmaet af det forhold, at det praktiske alternativ er juridisk illegitimt men etisk forsvarligt. Ofte vil sygeplejersken gerne opretholde både jura og etik, men har svært ved at finde et princip eller en praksis, der tillader dette. I disse situationer hørte jeg ofte udsagnet: 'I sidste ende er det jo patientens eget valg'. Men for det første var der for sygeplejerskerne forskel på vejen hen til den 'sidste ende' og dermed forskel i graden af respekt for patientens valg. For det andet kan patientens eget valg let ende med at blive sygeplejerskens valg kamufleret i gode hensigter. Eller sagt på en anden måde opretholdes patientens autonomi som helligt mål, hvor midlet er en mere eller mindre kamufleret paternalisme. Eksempelvis afslog en kognitiv forstyrret patient, indlagt på hospice, gentagne gange at indtage den medicin, som lægen havde ordineret. Sygeplejersken blandede medicinen i saftevandet, uden patienten blev informeret herom. Da jeg efterfølgende talte med sygeplejersken, var hendes argument ikke et forsvar for den netop udøvede paternalisme, men derimod for patientens autonomi. Argumentet lød således: 'Hvis patienten var i stand til selv at vælge, ville hun have valgt medicinen'. Det der 'i sidste ende er patientens eget valg' bliver således et hypotetisk valg mere end et reelt valg.

Der kan nævnes andre fravalg fra patientens side, der skabte et etisk dilemma for sygeplejersken. Det gælder eksempelvis patienter, der nægtede at stige ud af sengen. Omvendt oplevede jeg en episode på hospice, hvor en patient gennem flere dage ikke ville i seng. På den ene side havde patienten en svulst i halsen og følte ubehag ved at ligge i sengen. På den anden side var han to gange faldet i søvn i stolen, hvorefter han var faldet forover, hvilket iflg. sygeplejersken kunne blive kritisk. Det etiske dilemma opstod mellem respekten for patientens valg og den faglige ansvarlighed bundet til en risiko ved at lade patienten sove i stolen. De sygeplejersker jeg fulgte kunne desuden komme i konflikt med egne værdier, når patienten ikke ville vaskes eller i bad. Den samme problematik viste sig flere gange, når patienten ikke ville spise. Modsat var der også patienter, hvor patienten spiste for meget eller det forkerte

i sygeplejerskens øjne. Sidstnævnte eksempel er fra hospice, hvor patienterne selv kunne gå ud i køkkenet, hvor der ofte stod småkager og andre søde sager. Småkagerne blev således fjernet, når den overvægtige patient var i køkkenet. Her var der vel at mærke tale om en patient, som var i behandling med appetitstimulerende medicin. Eksemplerne illustrerer, hvordan autonomi-paternalisme konflikten kan opstå, når patienten vil/ikke vil det, sygeplejersken anser som fagligt forsvarligt i forbindelse med mad, medicin, rygning, hygiejne osv.

Patientens valg eller fravalg i tilknytning til de pårørende

Gennem samtalerne med de enkelte sygeplejersker blev det hurtigt klart, at de vanskeligste dilemmaer i tilknytning til patientautonomi var i forbindelse med patientens valg og fravalg af menneskelige relationer. En sygeplejerske på hospice fortæller om en situation, hvor patienten udtrykkeligt har gjort opmærksom på, at hun ikke ville se den pårørende.

'... den pårørende stod lige uden for døren og ville gerne ind til den syge. Jeg var i et voldsomt dilemma. Jeg nægtede hende adgang, men var frygtelig i tvivl. Jeg spurgte senere kollegerne til råds, som bakkede mig op i, at den pårørende ikke skulle ind til den syge, men blev alligevel senere klandret for (af kontaktsygeplejersken) at have holdt den pårørende udenfor. Det er en oplevelse, jeg har gået med rigtig længe'

Her kan der skelnes mellem det, sygeplejersken kan (praksis), skal (jura) og bør (etik) gøre. Rent praktisk er der flere handlemuligheder. De faglige såvel som juridiske rammer sætter imidlertid nogle rammer og forpligtelser. Det etiske 'bør' placerer sig derfor imellem den praktiske mulighed (kan) og den juridiske forpligtelse (skal/skal ikke). Ud fra denne distinktion betragtes dilemmaet med forskellige øjne i spændingsfeltet mellem sygeplejerskens pragmatiske tilgang og retsfølelse. Sygeplejersken i ovenstående eksempel ville gerne være pligtopfyldende, men var i splid med sig selv. I en anden situation var en erfaren sygeplejerske mere pragmatisk. En terminalpatient ønskede ingen kontakt til datteren, hvilket han havde gjort klart for sygeplejersken. Ikke desto mindre kontaktede sygeplejersken datteren ud fra den faste

overbevisning, at patienten ville ændre opfattelse, når datteren viste sig. Eller som sygeplejersken selv udtrykte det: 'Jeg varetager jo også de pårørendes interesser'. I få tilfælde kunne spørgsmålet om de pårørendes tilstedeværelse skabe et etisk dilemma selv efter patientens død. Eksempelvis fortalte en sygeplejerske på hospice om en situation, hvor den afdøde patient hurtigt gik i forrådnelse efter dødens indtrædelse. Patienten var svulmet op til næsten dobbelt størrelse. Alligevel var det et udtalt ønske fra de pårørende at se den afdøde. Her opstår der en konflikt mellem autonomi og paternalisme, hvor respekten for autonomi flytter sig fra patienten til de pårørende.

Den typiske autonomi-paternalismekonflikt i relation til de pårørende er dog i modsætning til de foregående eksempler, når de pårørende ikke vil se patienten. Her vil sygeplejersken gerne imødekomme patientens ønske, men kommer let i tvivl om, hvor langt hun bør gå i denne bestræbelse. Eksempelvis så jeg eksempler på, hvordan patienten i få tilfælde direkte spurgte sygeplejersken, om hun ville tale med de pårørende med henblik på at få besøg i den sidste tid.

Patientens valg eller fravalg i tilknytning til behandling

Patientens autonomi som etisk dilemma var også synlig i forbindelse med valg eller fravalg af behandling. Såfremt der opstår et dilemma i denne sammenhæng, er det i reglen lægen, der befinder sig i et dilemma. Dog opstod der flere situationer, hvor sygeplejersken befandt sig i et dilemma. Et eksempel var en patient, der udtrykkeligt havde ytret ønske om et behandlingsstop, hvilket blev respekteret. Senere kontaktede patienten imidlertid sygeplejersken med en stærk tvivl om det valg, hun selv har truffet. Sygeplejersken beskrev det som et etisk dilemma mellem en respekt for det valg patientens allerede havde truffet og det ansvar, patienten samtidig forsøger at lægge over på sygeplejersken gennem et forsinket ønske om paternalisme.

Inden for lægens ansvarsområde affødes også andre dilemmaer for sygeplejersken med relation til konflikten mellem autonomi og paternalisme. Eksempelvis er det lægens opgave at indskrive og udskrive patienter. Men i flere tilfælde ville patienten gerne hjem, selvom han fortsat var indskrevet, og modsat ville han gerne blive, når han først var udskrevet. I disse situationer blev både faglige,

økonomiske og organisatoriske hensyn vægtet. For de sygeplejersker, jeg fulgte, blev det et dilemma, når de eksempelvis selv skønnede, at det var uforsvarligt at sende patienten hjem. Her var sygeplejersken i tvivl om, hvor langt hun burde gå i respekten for lægens valg i modsætning til paternalistisk at kræve sin ret til at få sin holdning ført ud i praksis til fordel for patientens ønske. Valget af den ene eller den anden løsning synes begge at medføre negative konsekvenser, hvilket er med til at afgrænse dilemmaets egenart.

Fremstilling og analyse af autonomiens polaritet

Til slut skal nævnes de situationer, hvor patientens autonome valg finder sine yderpunkter. Dvs. situationer hvor valget på den ene side præsenteres som fuldstændig frit, og modsat de situationer hvor patienten slet ikke får noget valg. I reglen blev disse situationer ikke oplevet som etiske dilemmaer af sygeplejersker på de to institutioner, men berører ikke desto mindre nogle centrale forhold i analysen af dilemmaet mellem autonomi og paternalisme. Det første eksempel er fra en stuegang på onkologisk afd., hvor jeg følger lægen og sygeplejersken i mødet med patienterne. I den konkrete situation taler lægen med en kvinde, der har fået konstateret brystkræft. Lægen fremlægger to behandlingsmuligheder, som hver har sine fordele og ulemper. Konkret taler lægen dels om muligheden for en brystbevarende operation og dels muligheden for en operation, hvor hele brystet fjernes. Lægen betoner patientens ret til at vælge til og fra. Da jeg taler med patienten nogle dage efter, nævner patienten, at det var den værste dag i hendes liv. Hun havde rådført sig hos søsteren, der også havde været gennem en brystoperation. Desuden havde hun vendt og drejet situationen med ægtemanden. Som hun selv gav udtryk for, var hun ikke klædt på til at træffe dette valg. Det autonome valg hænger således sammen med et ansvar, som patienten i nogle tilfælde ikke kan bære. Samtidig kan der distingveres mellem det at formidle et autonomt valg på den ene side og skabe rammerne og betingelserne for et valg på den anden side. I ovenstående eksempel havde kvinden ikke forudsætningen for at træffe et valg. Retten til at vælge oplever patienten nu som en pligt. På den

måde flyttes ansvaret og dermed også det etiske dilemma over på skuldrene af patienten.

Det næste eksempel skal illustrere den modsatte situation, hvor patientens valg forsvinder i et paternalistisk ansvar hos sygeplejersken. Jeg følger en sygeplejerske på hospice, der varetager plejen af en fysisk stærkt svækket patient, der ikke selv kan varetage selv den helt basale fysiske egenomsorg. Sygeplejersken er bevidst om det mulige dilemma, der venter hende når hun går ind til patienten. Patienten vil ikke vaskes, og er ikke blevet vasket i to dage, hvorfor en sengevask er nødvendig med reference til både sundhedsfremme og forebyggelse. Sygeplejersken går ind til patienten, som slet ikke bliver forelagt et valg. Sygeplejersken siger blot: 'Nu kommer jeg for at vaske dig lidt'. Her vil patienten stadig kunne modsætte sig (hvilket han ikke gjorde), men så forlader vi spørgsmålet om frihed i form af valg og fravalg og nærmer os i stedet en tvangsorienteret praksis, hvilket rummer andre etiske perspektiver, som ikke skal berøres her.

De to ovenstående eksempler illustrerer ikke blot hvordan patientautonomi kan forvaltes vidt forskelligt som et spænd mellem to poler. Eksemplerne viser også, hvordan intentionen om og værdien af patientautonomi bliver forvaltet vidt forskelligt i klinisk praksis. Balancen mellem disse poler er et etisk felt, hvor der ofte opstår etiske dilemmaer. Som afgørende pointe skal det her slås fast, at patientautonomi som værdi ikke kan stå alene. Den største værdi ligger gemt i sygeplejerskens opmærksomhed på valgets konkrete omstændigheder.

Solidaritet vs. loyalitet

Det typiske etiske dilemma på henholdsvis onkologisk afd. og Sct. Maria Hospice opstår som en værdikonflikt mellem grundværdierne solidaritet og loyalitet. Solidaritet skal her defineres som sygeplejerskens ansvarlighed og forpligtelse for patienten. Loyalitet defineres som sygeplejerskens respekt og troskab over for lægen, sygeplejekollegaen, ledelsen eller de pårørende. Dilemmaet mellem solidaritet og loyalitet indeholder således en række grundværdier, hvor respekt og ansvarlighed er de vigtigste.

Solidaritet vs. loyalitet: Mellem patient og læge

Ser vi først på forholdet mellem sygeplejerskens solidaritet med patienten og loyalitet over for lægen, opstod der flere dilemmaer i dette værdimæssige spændingsfelt. Selvom lægen og sygeplejersken i reglen er enige om den aktuelle behandling, opstod der flere situationer på henholdsvis onkologisk afd. og hospice, hvor sygeplejersken oplever være splittet mellem patient og læge. Det er sjældent behandlingstypen, som er dilemmaets forankringspunkt. Dilemmaet opstår derimod i spørgsmålet om, hvorvidt patienten overhovedet bør behandles. Særligt på onkologisk afdeling opstod der flere situationer, hvor sygeplejersken var uenig med lægen. En yngre sygeplejerske på onkologisk afd. fortæller om en tidligere erfaring:

Jeg husker en patient, hvor neglene var ved at falde af (bivirkning ved kemoterapi), hvor en ung læge ordinerede kemobehandling. Selvom det var at gå bagom lægens ryg, spurgte jeg alligevel en anden læge, som heldigvis mente noget andet.

Sygeplejerskens etiske dilemma opstår her i forholdet mellem solidariteten med patienten på den ene side og loyaliteten over for lægen på den anden side. Principielt og juridisk kan det forsvares, at sygeplejersken ikke har noget valg, idet hun qua sin profession skal følge lægens ordination. Alligevel åbner ovenstående situation for den praktiske mulighed enten helt at undlade at følge lægens ordination eller som i dette tilfælde at tale med en anden læge, der muligvis mener noget andet. Sagt billedligt kan sygeplejersken enten vise sig som patientens tillidsmand eller lægens tro væbner. Med eksemplet ovenfor vælger sygeplejersken det første. Man kan her opstille den mulige hypotese, at sygeplejersker mere generelt har bevæget sig fra at være lægens tro væbner til nu i højere grad at være patientens tillidsmand, hvilket studierne på onkologisk afd. og hospice bekræfter. Hypotesen kan desuden finde grund i det mere generelle forhold, at sygeplejersker gennem de seneste 20 år gradvist har fået mere ansvar og dermed mere autonomi på de enkelte afdelinger. Opstår der således et selvstændigt afgrænset ansvarsområde, skaber det samtidig grundlag og dermed mulighed for uenighed blandt faggrupper.

Spørgsmålet om kemobehandling vakte sjældent etiske kvaler for sygeplejerskerne på hospice. Ligeledes var spørgsmålet om behandling af patientens lungebetændelse (pneumoni) sjældent til diskussion på onkologisk afd. Sidstnævnte var imidlertid ofte et etisk spørgsmål på hospice, hvor lægen og sygeplejersken ofte var uenige. Generelt for både onkologisk afd. og hospice opstår der uenighed mellem sygeplejerske og læge, når sygeplejersken er erfaren på afdelingen, hvor lægen modsat er uerfaren. I den forbindelse udtaler tre erfarne sygeplejersker sig på følgende måde:

'Ja... jeg kan være rygende uenig med lægen... men det afhænger af om det er en ældre erfaren læge eller en yngre uerfaren læge.'

'... de yngre læger har jo slet ikke noget med i bagagen... her må vi ældre sygeplejersker vise vejen.'

'Jeg har ofte prøvet at være stærkt uenig med lægen i forbindelse med strålebehandling. Men det er jo mig, der skal tale med patienten og de pårørende... og heldigvis kan patienten jo selv fravælge behandlingen'

Det skal her bemærkes, at ovenstående tre sygeplejersker ikke ser konflikten med lægen som et etisk dilemma. Som en ældre sygeplejerske formulerer det: 'Det ser jeg slet ikke som noget problem... nogle gange har jeg pillerne i lommen og ved, hvad der skal til'. Situationen er derimod et etisk dilemma for den yngre sygeplejerske, der ofte er mere i tvivl. Dette kom bl.a. frem i en dialog mellem to sygeplejersker (en ung og en ældre) i kaffestuen på onkologisk afd., hvor lægen netop havde ordineret medicin til behandling af patienten. Den yngre sygeplejerske er fortvivlet i sin uenighed med lægen, hvilket hun udtrykker over for kollegaen. Den ældre erfarne kollega fremhæver, at kollegaen bør argumentere imod lægens ordination, som er helt hen i vejret. I en anden situation var en yngre sygeplejerske på aftenvagt, hvor en patient klager over tiltagende smerter i maven. Sygeplejersken ringer til lægen, som ikke mener, der bør ordineres mere medicin i forhold til det allerede foreskrevne. Jeg taler efterfølgende med sygeplejersken, hvor følgende dialog udspiller sig:

Sp: 'Det er bare vildt svært det her'

Ego: 'Handlede du efter lægens anvisning?'

Sp: 'Ja... det skal jeg jo'

Ego: 'Praktisk set kunne du jo handle anderledes'

Sp: 'Men jeg skal jo gøre det, lægen siger'

Ego: 'Gør du altid det, lægen siger?'

Sp: 'Her på afdelingen vil det i hvert fald være sådan... i ambulatoriet kender jeg lægerne bedre... der har jeg også selv mere erfaring... der vil jeg lytte mere til min egen fornemmelse (placerer hånden på maven).

I begge ovenstående eksempler illustreres det, hvordan erfaring spiller en afgørende rolle for oplevelsen af det etiske dilemma, og hvordan alder og erfaring i denne sammenhæng ikke blot skaber dilemmaet, men også 'løser' eller opløser det. Sidstnævnte skal jeg senere vende tilbage til (p. 171 ff.).

Udover lægens medicinske behandling af patienten opstår endvidere en række situationer omkring lægens manglende kommunikation med patienten, hvor sygeplejersken identificerer et etisk dilemma. Det typiske eksempel er den situation, hvor sygeplejersken kender resultatet af en undersøgelse, og hvor patienten eksplicit spørger dertil, men hvor lægen tøver med at svare (typisk pga. travlhed). Disse eksempler er særligt vanskelige for sygeplejersker på onkologisk afd., da resultatet af en undersøgelse ofte betyder liv eller død for patienten. I en enkelt situation oplevede jeg sygeplejersken stå i den omvendte situation, hvor patienten ikke ønskede at kende resultatet af en undersøgelse, hvilket lægen i første omgang respekterede. Resultatet forelå om fredagen, men patienten ville gerne vente med at blive informeret til om mandagen, hvor ægtefamilien også kunne være til stede. Sygeplejersken udtrykker det efterfølgende således:

'Jeg stod i et vildt svært dilemma... på den ene side ville jeg gerne respektere patientens ønske, men var samtidig klar over, at tiden betød meget for dem begge... specielt nu hvor jeg vidste, undersøgelsen var negativ'.

Et andet konkret eksempel udspandt sig på onkologisk afd., hvor en patient skulle undersøges via ultralyd. Portøren stod og ventede, men lægen havde endnu ikke informeret patienten om den forstående undersøgelse. I dette specifikke tilfælde måtte sygeplejersken formelt set ikke informere patienten om den forestående undersøgelse. Henvendt til mig formulerede hun efterfølgende: 'Jeg burde måske alligevel have informeret patienten'. Generelt for disse dilemmaer ser vi, hvordan sygeplejerskens tavshedspligt såvel som oplysningspligt bliver udfordret af en solidaritetsfølelse med patienten.

Et sidste forhold skal nævnes i beskrivelsen af sygeplejerskens etiske dilemma i konflikten mellem solidariteten med patienten og loyaliteten over for lægen. På onkologisk afd. var der under feltarbejdet tilknyttet flere læger med anden etnisk baggrund. Særligt blandt disse læger opstod en række situationer, som sygeplejerskerne selv karakteriserede som etiske dilemmaer. Dels oplevede flere sygeplejersker ikke at blive respekteret for deres faglighed blandt flere af de etniske læger. Dels skulle sygeplejersken ofte fungere som tolk under stuegang, hvilket sygeplejersken ikke følte sig klædt på til. Dels var kommunikationen mellem læge og sygeplejerske ofte behæftet med tvetydigheder, som gjorde sygeplejersken utryg. En yngre sygeplejerske udtaler under er dagvagt: '... der er mange ting, vi ikke får talt om, når det er en læge med anden etnisk baggrund... de eksistentielle spørgsmål går ganske enkelt hen over hovedet på dem'. Det etiske dilemma opstår der, hvor lægen i sig selv bliver et muligt fravalg fra sygeplejerskens side. En yngre sygeplejerske på onkologisk afd. udtrykker det på følgende måde:

'Der er så mange problemer med sproget, så der ganske enkelt er mange ting, vi ikke får talt om, når det er de udenlandske læger... som sygeplejerske er der emner, vi ikke tager op til drøftelse'.

Ganske ofte var der således spørgsmål fra patienten, der ikke blev berørt, når en læge med anden etnisk baggrund havde vagten. En sygeplejerske med mange års erfaring på onkologisk afd. ekspliciterer denne problematik:

'... hvis jeg skønner, at der kan opstå et (sprogligt) problem under stuegang, sørger jeg for, at lægen slet ikke møder patienten... jeg kan eksempelvis sige til lægen, at hun ikke behøver tale med patienten, men blot skal ordinere den nødvendige medicin'.

Sygeplejerskens valg eller fravalg af læge i disse situationer berører ikke blot en række etiske spørgsmål og mulige dilemmaer, men implicerer samtidig en lang række politiske, organisatoriske og økonomiske forhold. Sidstnævnte er imidlertid forhold, som ikke forfølges i denne sammenhæng.

Solidaritet vs. loyalitet: Mellem patient og de pårørende

Langt de fleste solidaritet-loyalitetkonflikter i tilknytning til lægegruppen opstod på onkologisk afd. En mulig årsag kan være, at der på Sct. Maria Hospice Center var tilknyttet en lille gruppe læger, der i langt højere grad fungerede som en integreret del af det kliniske kollektiv. Sammenlignet med onkologisk afdeling var lægerne således i langt højere grad en del af sygeplejerskens arbejde. På den måde var der flere muligheder for at afstemme værdierne i dagligdagen gennem konferencer og formelle såvel som uformelle samtaler. På hospice blev sygeplejerskens solidaritet med patienten i langt højere grad udfordret fra anden side. Her tænkes på loyaliteten over for de pårørende, som var mere synlige set i forhold til onkologisk afd. Det etiske dilemma opstod, når den eller de pårørende havde ønsker eller projekter for patienten. Sygeplejerskerne var således splittet mellem patientens behov og det, de pårørende gav udtryk for. Det kunne eksempelvis være valg og fravalg af forskellige behandlingsformer. På onkologisk afd. var de pårørende ganske ofte mere interesserede i en behandling af patienten, end patienten selv var. Det omvendte var ofte tilfældet på hospice. Her ønskede de pårørende, at livet snart skulle få en ende, hvor patienten stadig holdt fast i håbet. Sygeplejerskens etiske dilemma opstod med andre ord, når patient og pårørende mentalt befandt sig to forskellige steder. Mere konkret så jeg ofte, hvordan sygeplejersken blev stoppet på gangen af den pårørende med et budskab, der lå langt fra det ønske, patienten tidligere havde givet udtryk for. Som eksempel var en datter til en døende patient på hospice meget insisterende når hun mødte sygeplejersken på gangen. Hun ønskede at afslutte det hun kaldte for

faderens lidelser. Både den døende far og datteren anvendte udtrykket: 'jamen kan I da ikke gøre noget', hvor den indeholdte mening var vidt forskellig. Når patienten håber på livet, og den pårørende håber på døden, befinder sygeplejersken sig i et spændingsfelt, der næppe kan blive større. Men sygeplejersken skal tale med og ikke imod hverken patient eller pårørende. Man kan derfor spørge, hvor det etiske valg opstår som kernen i det etiske dilemma? Valget opstod der, hvor patienten var så svækket, så de fleste valg og fravalg skete gennem de pårørende. Her opstod der situationer, hvor sygeplejersken kom i tvivl om, hvorvidt ønskerne fra de pårørende reelt var et ønske fra patienten. Det er her, vi finder kernen i konflikten mellem solidariteten med patienten og loyaliteten over for den eller de pårørende. På hospice udtrykte de pårørende ganske ofte variationer over følgende sætning: 'Jeg tror, hun skal have noget mere smertestillende'. Men er det fordi patienten lider, eller er det fordi de pårørende ikke ønsker at se patienten lide? En sygeplejerske på hospice nuancerer denne problematik:

'... de har jo ofte levet sammen et helt liv... manden kender derfor konen langt bedre end jeg. På den anden side har jeg et fagligt skøn, som han ikke besidder'.

Solidariteten med patienten bliver her et fagligt ansvar, hvor loyaliteten over for de pårørende identificeres gennem medmenneskelig respekt.

Solidaritet vs. loyalitet: Mellem patient og kollega

Som en sidste gruppe af etiske dilemmaer under sygeplejerskens solidaritets-loyalitetkonflikter skal her nævnes de udvalgte sygeplejerskers forhold til kollegerne. Der opstod således situationer, hvor en sygeplejekollega handlede ud fra værdier, der lå langt fra hendes egne. Dette udløste i flere tilfælde et etisk dilemma. Jeg vil her fremdrage to eksempler. På hospice kommer en sygeplejerske mig i møde på gangen, hvor hun udtrykker sig på følgende måde: 'Jeg står i et dilemma, som bare er pissesvært... Søren (patientens) datter klager over Susanne (sygeplejerskens kollega)'. Sygeplejersken taler selv om balancen mellem respekten for datterens kritik set i forhold til loyaliteten over for kollegaen. I relation til fagkolleger er denne situation

typisk som eksempel på et etisk dilemma. I andre situationer kan det være sygeplejersken, der selv oplever, at kollegaen handler respektløst, uansvarligt eller uprofessionelt. Endnu et eksempel fra hospice skal illustrere dette. En patient er netop død, hvorfor sygeplejersken kalder på en kollega, som skal hjælpe med 'klargøring' af patienten. Med klargøring henvises her til en gængs praksis på hospice, hvor en lang række praktiske gøremål finder sted, hvilket typisk sker, før de pårørende kommer og ser den afdøde. Jeg er med inde på stuen, mens de to sygeplejersker vasker den døde og iklæder ham ligskjorten. Det er imidlertid helt tydeligt, at de to sygeplejersker behandler den døde forskelligt. Den ene sygeplejerske taler eksempelvis til/med den afdøde, hvilket tydeligvis undrer den anden sygeplejerske. Hun har således trækninger omkring munden, hvilket jeg tolker som et kvalt smil. Samtidig ønsker den ene sygeplejerske at barbere den afdøde og endvidere påføre ham duftvand, hvilket den anden sygeplejerske anser for at være indifferent. Forskellen mellem de to sygeplejerskers værdier viser sig imidlertid mest tydeligt gennem den fysiske behandling af afdøde. Den ene sygeplejerske handler meget langsomt, hvor den anden er hurtig og maskinel. Imens jeg står på stuen, ser jeg, hvordan sygeplejersken, der handler langsomt, ryster på hovedet og løfter øjenbrynene, imens aktiviteterne står på. Jeg spørger efterfølgende sidstnævnte sygeplejerske, hvordan hun oplevede situationen. Sygeplejersken replicerer:

'Det var svært... på den ene side synes jeg bare, hun gjorde det helt forkert... på den anden side vil jeg nødig sende et signal om, at jeg ikke anerkender hendes arbejde.'

Man kan efterfølgende sætte spørgsmålstegn ved, hvorvidt der overhovedet kan være tale om solidaritet med en død person. Det kan lige såvel være sygeplejerskens egne værdier, som hun mere eller mindre aktivt forsøger at holde i hævd, motiveret af tanken om den måde, hun gerne selv vil behandles som afdød. I forbindelse med døden spiller troen endvidere en stor rolle, hvor sygeplejersker på hospice befinder sig flere forskellige steder. En sygeplejerske på hospice formulerer det på denne måde:

'Jeg behandler den afdøde som den levende, fordi jeg tror, der er noget efterlevende...
men det er ikke alle, der har det sådan.'

Denne udtalelse afspejler en tro, der ikke blot viser sig i handlinger, men skaber samtidig grobund for etiske dilemmaer i samarbejdet med kolleger.

Delkonklusion

Når sygeplejersker på de to institutioner identificerer et etisk dilemma, er der ingen klare grænser mellem den svære situation og det etiske dilemma. Det samme gælder forholdet mellem dilemmaet og det etiske dilemma. Yngre sygeplejersker identificerer markant flere etiske dilemmaer set i forhold til de mere erfarne kolleger, hvilket i første omgang begrundes hypotetisk gennem to forhold. Dels sygeplejerskens erfaring, som i sig selv kan fjerne grundlaget for dilemmaet og dels yngre sygeplejerskers træning i at identificere etiske dilemmaer gennem sygeplejerskeuddannelsen. Dette aldersmæssige forhold skal senere behandles mere indgående i analysen af sygeplejerskens evne til at tackle det etiske dilemma. De etiske dilemmaer identificeres i to grupper. Den første gruppe identificeres gennem en konflikt mellem autonomi og paternalisme, hvor patientens valg eller fravalg falder i tre kategorier (fysiske forhold, pårørende og behandling). Den anden gruppe etiske dilemmaer identificeres i konflikten mellem sygeplejerskens solidaritet og loyalitet. Mere præcist står de sygeplejersker jeg fulgte i flere tilfælde i et etisk dilemma mellem solidariteten med patienten og loyaliteten over for henholdsvis lægerne, de pårørende og kolleger.

Etiske dilemmaer: løsning og opløsning

I dette centrale analyseafsnit præsenteres og analyseres de mangfoldige måder, hvorigennem sygeplejersker på henholdsvis onkologisk afd. og hospice dels løser og dels opløser de etiske dilemmaer gennem refleksion og handling. I forlængelse heraf belyses to signifikante forhold, der hver især betinger sygeplejerskens vej gennem det etiske dilemma. Disse to forhold er tid (dilemmaet oplevet i fremtid, nutid og fortid) og alder (kronologisk alder og arbejdsalder).

Refleksioner bundet til det etiske dilemma

Som begreb defineres etisk refleksion intensionelt som sygeplejerskens aktive forhold til en etisk situation (jf. p. 10 ff.). Når sygeplejersker forholder sig til en etisk situation, sker det på mangfoldig vis. Det blev imidlertid hurtigt klart, at sygeplejerskens etiske refleksioner bandt sig til tre forhold. Dels reflekterede sygeplejersker over mulige løsninger gennem pligter af forskellig art. Dels reflekterede sygeplejersker gennem beregninger af forskellig art. Dels reflekterede sygeplejersker sammen med kolleger. Således reflekterer sygeplejersker over noget, ud fra noget, med noget, gennem noget og sammen med nogen.

Refleksioner ud fra pligter

Sygeplejerskens pligter kan både være pålagt udefra og pligter, som hun pålægger sig selv. Ser vi først på de selvskabte pligter, kom de til udtryk på to måder. Direkte adspurgt fortalte tre sygeplejersker, hvordan de i situationen spurgte sig selv, hvordan de handlede, ud fra tanken om den måde de selv ønskede at blive behandlet. Det første eksempel viser sig i en situation, hvor en erfaren sygeplejerske på onkologisk afd. er i tvivl om, hvorvidt hun skal informere kollegaen om den fejl, hun mener, kollegaen har begået i forbindelse med en patientsamtale. Hun vælger at kontakte kollegaen og fortæller mig senere, at hun handlede på baggrund af tanken om den måde, hun selv gerne vil behandles. Denne måde at tackle en etisk situation på, lærer

sig op ad en kantiansk pligtetik, hvor fornuften er midlet og målet en universalistisk og kategorisk forpligtelse (jf. p. 56 ff.).

Som andet eksempel fortæller en erfaren sygeplejerske på en nattevagt, hvordan hun mere generelt forsøger at handle ud fra den gyldne regel. Følgende dialog udspiller sig:

Sp.: (spontant) Etik er at kunne stå ved det, man gør... og have det godt med det, man gør (tøver) det er at handle, som man selv vil behandles som patient.

Ego: Hvad sætter dig i stand til at have det godt med det, du gør?

Sp.: Det er en fornemmelse, vil jeg tro.

Dialogen peger i to retninger. På den ene side peges på det forhold, hvor etikens praksis udspringer af pligter, som reflektivt bringes i anvendelse via 'den gyldne regel' og samtidig en sindelagsetik eller samvittighedsetik, hvor sygeplejerskens 'fornemmelse' ikke nødvendigvis inkluderer refleksion. Ex hypothesis vil den gyldne regel således kunne fungere tavst og ureflekteret i den etiske situation, men senere fungere som efterrationalisering, som mulig begrundelse eller begrebslig italesættelse. Det skal endvidere bemærkes, at selvsamme sygeplejerske ikke kunne genkalde sig et etisk dilemma, som hun havde befundet sig i. Dette tyder på, at de etiske situationer i hendes tilfælde ikke løses, men snarere opløses. Dette forhold bekræfter ovenstående hypotese, hvor den etiske refleksion ikke er et nødvendigt middel, men snarere en mulighed.

Som nævnt var det kun tre sygeplejersker, der implicit såvel som eksplicit nævnte den gyldne regel som reflektivt middel i de etiske situationer. Disse tre sygeplejersker var alle over 45 år og havde været sygeplejersker gennem mange år. De selvskabte pligter tolkes at fungere som reflektivt ræsonnement, der kickstarter etikken som løsningsstrategi, hvorefter den fungerer ureflekteret. Som mulighed vil den altid kunne trækkes frem som ekspliciteret løsningsstrategi, men som praksis er den i hovedreglen tavs. Dette kan ex hypothesis forklare, hvorfor det kun er de få sygeplejersker, der er bevidste om deres egne pligter. Lad mig give tre eksempler, der bekræfter dette forhold. En sygeplejerske på hospice nævner sin egen indlæggelse for

år tilbage, hvor en sygeplejerske tog sig tid til at vaske hendes hår. Dette havde så stor værdi, at hun forpligtede sig selv sidenhen. 'I modsætning til mine kolleger hjælper jeg derfor ofte patienterne med at få vasket hår'. En anden sygeplejerske havde for år tilbage været udsat for en alvorlig trafikulykke, hvor det at have blomster omkring sig fik stor betydning. På den måde sørger hun altid for, at der ligger blomster på kisten, når de afdøde patienter forlader hospice. En tredje sygeplejerske fortæller om en lang periode med sygdom i familien, hvor hun selv varetog plejen af faderen. Faderen lagde stor vægt på at blive barberet, hvorfor hun altid sørger for at spørge mandlige patienter om dette mulige ønske. Store oplevelser mærker ikke blot karakteren, men synes samtidig at forpligte sygeplejersken mere end fornuftens vilje. Jo stærkere erfaring desto større handletvang. Disse erfaringsskabte pligter er imidlertid ikke reflektivt til stede i den etiske situation. Pligterne fungerer snarere som et tavst handleberedskab.

Foruden de selvskabte pligter spurgte jeg sygeplejerskerne om udefrakommende pligter knyttet til de etiske situationer. Her viste der sig en gennemgående tendens. Hvis sygeplejersken nævnte pligter, som fik hende til at handle i den etiske situation, var det juridiske eller fagligt definerede forpligtelser. Tavshedspligten, oplysningspligten kunne således fungere som en værdimæssig løsning i situationen. Når dilemmaet var forbundet med lægen, var det endvidere sygeplejerskens faglige ansvarsområde, der blev anvendt som begrundelse. De etiske retningslinjer og ICN blev aldrig en ekspliciteret pligt i situationen. Med to undtagelser gælder det også for institutionens værdisæt og/eller værdigrundlag. Som tidligere nævnt (p. 116 ff.) var der en enkelt formulering i værdigrundlaget på hospice, der fik nogle få sygeplejersker til at lade sig råde i den konkrete situation (ubetinget accept af patienten). Som vi senere skal se, fjerner den direkte anvendelse af etiske retningslinjer og værdisæt ikke nødvendigvis grundlaget for et frugtbart arbejde med samme. Blot skal det her understreges, at disse nedskrevne etiske formalia ikke anvendes som reflektivt redskab i den etiske situation. Dette gælder også for etiske begreber, teorier og modeller, som aldrig fik en fremtrædende plads til løsning eller opløsning af den konkrete etiske situation. Til validering af ovenstående skal det

nævnes, at sygeplejersken ikke blot undlod at nævne etiske retningslinjer, kodeks, modeller etc. i de vanskelige situationer. Når jeg efterfølgende spurgte direkte til grundlaget for deres handlinger, talte sygeplejersken i negationer. Dvs. '... jeg anvendte ikke X, Y, Z'. Bundet til ovenstående observationer skal det endvidere understreges, at sygeplejersker har svært ved at skelne mellem juridiske pligter og etiske pligter. På den måde bliver etik ofte reduceret til jura i form af et 'jamen det skal jeg jo... '. Netop sidstnævnte forhold afspejler muligvis en mere generel tendens i samfundet til at fastlåse etikken i juridiske bestemmelser. Et forhold, som kræver opmærksomhed, men som ikke behandles yderligere i denne sammenhæng.

Refleksioner ud fra konsekvenser

Konsekvensberegninger blev ofte anvendt af sygeplejersker i forbindelse med etiske dilemmaer. Et eksempel. To kvindelige patienter ligger på samme stue på onkologisk afd. Den ene er lettere kognitivt forstyrret, og den anden er mentalt ustabil. De giver begge udtryk for glæden ved hinandens selskab og ønsker således at blive på samme stue. Sygeplejerskerne skønner imidlertid, at de ikke har godt af hinandens selskab. Til grund for dette peges på flere situationer, hvor patienterne indbyrdes skaber en meget bramfri tone og ublufærdig adfærd. Eksempelvis ses det en enkelt aften, hvordan de to patienter efter eget udsagn leger striptease på stuen. To sygeplejersker oplever situationen som et dilemma på den pågældende vagt. Dilemmaet opstår i forholdet mellem autonomi og paternalisme. På den ene side vil sygeplejerskerne gerne respektere patienternes ønske om at være sammen på stuen. På den anden side kan de vanskeligt forsvare den adfærd, som udvises på afdelingen. Løsningen bliver en konsekvensberegning ud fra de sandsynlige konsekvenser af de to handlingsalternativer. Fagligheden vinder udmøntet i en paternalisme. Midlet bliver en kamoufleret løgn, hvor sygeplejerskerne fremfører vigtigheden af, at den ene af patienterne kan være alene med datteren, hvorfor hun bliver kørt på enestue.

Et andet eksempel finder sted på en travl dagvagt, hvor sygeplejersken står med to vigtige omsorgsopgaver. Sygeplejersken oplever at stå i et dilemma i valget mellem to nødvendige opgaver, hvor vanskeligheden opstår i fravalget af den ene

opgave. På den ene side skal hun blande en smertepumpe for at terminalpatient, som dog er smertedækket i situationen. På den anden side skal hun tale med en kriseram patient, der længe har kaldt på hendes hjælp. Netop i disse prioriteringssituationer anvendes ganske ofte konsekvensberegninger. I den konkrete situation spurgte jeg sygeplejersken, hvad der fik hende til at handle. Hun svarer: 'Jamen jeg tror, Susanne får mest ud af smertepumpen'. Hun vægter de mulige konsekvenser af valget og fravalget af de to omsorgsopgaver og vælger derudfra.

I de to nævnte eksempler reflekterer sygeplejersken i selve situationen. Ofte udtrykker sygeplejersken sig direkte om denne aktivitet. 'Jeg tænkte som en gal', 'det kørte rundt i hovedet på mig', 'jeg tænkte frem og tilbage hele tiden'. Det mest tydelige eksempel på etiske refleksioner i tilknytning til de etiske dilemmaer er således forbundet med sygeplejerskens konsekvensberegninger. Refleksionens drivkraft er erfaring. Når jeg således spørger sygeplejersken, hvorfor hun valgte den ene handling frem for den anden, begynder hun således ganske ofte svaret med 'jeg/vi har erfaring for... '. Hvis sygeplejersken ikke selv kan regne den ud, går hun til en kollega for at indhente de tilstrækkelige erfaringer til brug i den etiske kalkule. Jeg oplevede således ganske ofte, hvordan særligt yngre, mindre erfarne sygeplejersker gik til de mere erfarne sygeplejersker for at drage nytte af deres erfaringer med et etisk dilemma. Vigtigst er det dog at understrege, at der eksisterer en klar sammenhæng mellem etiske refleksioner og anvendelsen af konsekvensberegninger i de etiske situationer.

Refleksioner sammen med kolleger

Står sygeplejersken i et etisk dilemma, er det mere reglen end undtagelsen, at hun taler med kolleger om situationen. Undersøgelsen giver talrige eksempler på denne praksis. I første omgang kan der skelnes mellem de formelle dialoger og de uformelle dialoger med kolleger. Fælles er dog, at dialogen identificeres som en refleksiv praksis, hvor der i fællesskab skabes et forhold til den etiske situation.

Ser vi først på de uformelle dialoger, der binder sig til de konkrete etiske dilemmaer, sker der i reglen det, at sygeplejersken skal have afstemt værdierne hos en kollega. Motivet for denne dialog binder sig til to forhold. På den ene side har

sygeplejersken mentalt brug for at få talt om situationen, hvor hun ikke ønsker en egentlig løsning af kollegerne, men snarere en forløsning af de følelser der binder sig til situationen. På den anden side søger hun en egentlig løsning, hvor hun i udgangspunktet er i tvivl. Motivet er særligt bundet til tid. Dvs. hvis sygeplejersken allerede har handlet i den svære situation, har hun behov for at få talt situationen igennem med kollegerne. Hvis hun derimod står over for en handling, vil hun gerne drøfte de forskellige handlingsalternativer. Jeg vil begynde med det første forhold, hvor det ikke er en løsning, sygeplejersken søger. Jeg taler med en erfaren sygeplejerske på hospice i opholdsrummet. Vi taler generelt om de etiske dilemmaer, som kan opstå i arbejdet på hospice. Sygeplejersken udtaler:

'Jeg tænker ikke så meget over tingene... det er måske en fejl... hvis jeg oplever en svær situation, taler jeg med kollegerne bagefter... det tager lige toppen af det værste'.

Sygeplejerskens udtalelse bekræftes, når man overhører de uformelle samtaler på gangen, i kaffestuen etc. Der sker med andre ord en affektiv afstemning med udtryk såsom 'neeeej', 'hold da op', 'det er bare helt vildt', 'det er bare for meget'. Sygeplejersken, der står i situationen, oplever således en overgang fra 'jeg' til 'vi', hvor den byrde, det etiske dilemma afstedkommer, nu bæres på flere skuldre.

Som nævnt kan sygeplejersken også være motiveret til en uformel samtale med kollegerne ud fra motivet eller tanken om at finde en løsning på den situation, hun aktuelt befinder sig i. En sygeplejerske på hospice udtrykker det på denne måde: '... jeg har ofte behov for at få det (etiske dilemma) ventileret med kollegerne'. Dilemmaet bliver billedligt luftet, hvilket i nogle tilfælde åbner for nye veje (udveje, genveje eller omveje) i den svære situation. Luften eller spændingen tages ud af det etiske dilemma. Denne praksis kan imidlertid i sig selv skabe et nyt dilemma. En sygeplejerske fortæller således om en situation, hvor hun var gået til to kolleger, som hver havde deres syn på sagen. Sygeplejersken udtaler:

'Jeg stod mellem to kolleger, hvor hver mente deres om behandling og pleje af patienten... jeg blev nødt til at tage stilling... det var meget svært'.

Problemet opstår, hvis sygeplejersken står over for at skulle handle, men kommer i tvivl om det gode og rette. Ofte hælder hun mest til en bestemt handlemåde, men søger rygdækning hos kollegerne. Her kan der imidlertid ske det, at kollegerne peger på den modsatte handling i forhold til den handling, sygeplejersken i første omgang hælder mest til. På den måde forværres situationen yderligere. Som et konkret eksempel oplevede jeg en situation på hospice, hvor en sygeplejerske var i tvivl om, hvorvidt patienten skulle gives tilladelse til at gå i biografen (sammen med en ledsager), hvilket var et højt ønske hos patienten. Sygeplejersken var mest stemt for et nej, men vendte det med en kollega, som mente det modsatte. Først nu oplevede sygeplejersken at stå i et etisk dilemma. Eksemplet berører samtidig det forhold, at det etiske dilemma i reglen opleves meget kontekstuel. Dvs. at det kan være yderst vanskeligt for andre at forstå kompleksiteten i det dilemma, som kollegaen står i. Flere erfarne sygeplejersker var fuldt ud bevidst om dette forhold. Eksempelvis udspandt der sig en vanskelig, men også hektisk situation på en aftenvagte på onkologisk afd. En yngre sygeplejerske udtrykte selv at stå i et etisk dilemma. Patienten havde behov for en blodtransfusion (lav blodprocent: 4,8) men havde en smule feber (38,2° C), hvilket talte imod en blodtransfusion. Alt var klar, blodet var kommet, og sygeplejersken manglende blot den sidste accept fra lægen. Sygeplejersken ringede til lægen (der befandt sig på egen bopæl), som nægtede en transfusion. Sygeplejersken mente denne beslutning var forkert og gik derfor til en erfaren kollega. Kollegaen svarede: 'Det kan jeg ikke tage stilling til... jeg kender ikke situationen i tilstrækkelig grad'. Her skal det bemærkes, at den erfarne kollega kendte de generelle forhold og havde desuden selv stået i lignende situationer. Endvidere havde hun tidligere trodset lægens beslutning. Dog var det afgørende for hende, at hun ikke selv stod i situationen.

Ser vi på de formelle dialoger om etiske dilemmaer, var de mere udbredte på hospice sammenlignet med onkologisk afd. Tiden var ganske enkelt mere knap på onkologisk afd., hvilket ofte umuliggjorde en behandling af en svær situation, når den opstod. På hospice var der imidlertid mulighed for at inddrage etiske dilemmaer til drøftelse i forbindelse med både formiddagskonferencen og

eftermiddagskonferencen. Set fra et diskursetisk synspunkt (Habermas 1983) var dialogen på disse møder imidlertid hverken magtfri eller herredømmefri. Tværtimod blev dialogen i reglen styret af lederen, der konfronterede den enkelte sygeplejerske med spørgsmål bundet til den enkelte situation. Disse møder bar mere præg af forhør end gehør. Sygeplejersker havde således ofte forbehold, når situationer blev bragt frem på møderne.

Anderledes var det på onkologisk afd., hvor dialogen var mere fri på de formelle møder. På de få møder, hvor jeg var med, blev forskellige handlingsalternativer vendt og drejet med udgangspunkt i sygeplejerskens beretning om den vanskelige situation. En sygeplejerske omtaler det således: 'Vi løser ikke det etiske dilemma... det afgørende er at støtte den enkelte sygeplejerske, der skal tilbage på stuen'.

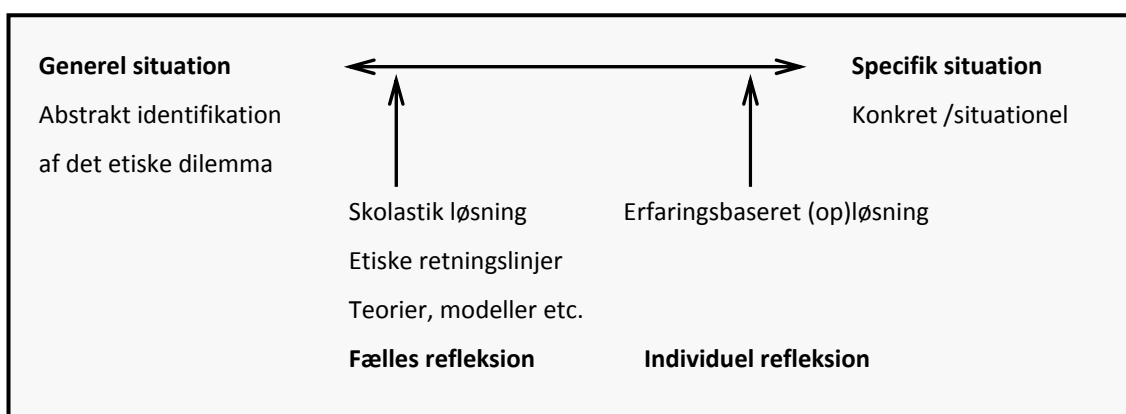
En sygeplejerske på hospice nævner et mere principielt forbehold forbundet med den fælles dialog om det etiske dilemma. Sygeplejersken stod i en svær situation, hvor hun var i tvivl om, hvorvidt hun skulle kontakte datteren til den terminale patient. Patienten ønskede ikke selv denne kontakt, men sygeplejersken ønskede samtidig at være loyal over for datteren. Jeg spurgte sygeplejersken, om hun agtede at bringe situationen frem på dagens møde. Det ville hun ikke med følgende begrundelse.

'De kender jo ikke patienten så godt, som jeg gør... så det skal de ikke involveres i... de vil bare forklare og fortænke det hele'.

Sygeplejerskens begrundelse er vigtig at opholde sig ved. Hun ser forklaringer og refleksioner som noget negativt i relation til det etiske dilemma, med mindre man selv står i situationen. Hypotetisk kan det pointeres, at det refleksive forhold bliver et distanceret forhold, når andre sygeplejersker inddrages i den etiske refleksionsproces. Her tænkes på de sygeplejersker, der ikke selv har oplevet situationen. Som mulighed vil de forholde sig til noget andet, nemlig en lignende situation som de selv har stået i, men som på relevante punkter er forskellig fra den aktuelle situation. Dette skal imidlertid ikke ses som en begrænsning, men snarere en betingelse for den etiske

refleksion. Hvis sygeplejersken således taler om en konkret etisk situation kan det være problematisk af tale om løsninger. Dette udelukker dog ikke, at man i fællesskab taler om forskellige pragmatiske løsninger på etiske dilemmaer. Her må det etiske dilemma blot være af mere generel og hypotetisk art. Dette bringer os frem til en første præcisering af refleksionens rolle, funktion og værdi i tilknytning til de etiske dilemmaer.

Såfremt sygeplejersker identificerer en generel etisk problematik, hvilket eksempelvis kunne være eutanasi, vil der være tale om en abstrakt identifikation af det etiske dilemma. Sagt med andre ord er der pr. definition ingen konkrete sygeplejersker eller patienter til stede i dilemmaet. I denne situation kan en fælles refleksion være frugtbar. Sygeplejersker får forståelse for dilemmaets egenart og kan drøfte forskellige handlingsalternativer. Dette kan eventuelt udmøntes i etiske retningslinjer og/eller værdisæt, som skolestisk kan indøves ad forskellig vej. Den etiske refleksion viser sig på en anden måde, når sygeplejersken står i den konkrete situation, hvor ganske specifikke forhold gør sig gældende. Her vil den etiske refleksion fordre en mere individuel stillingtagen. I denne sammenhæng vil den kollegiale refleksion være mere støttende og mindre handlingsanvisende. Her er refleksionens middel ikke retningslinjer, kodeks, og værdisæt, men derimod erfaringer som den enkelte sygeplejerske har eller vil gennemleve (jf. figur 3.2).



Figur 3.2. Præcisering af refleksionens rolle i tilknytning til de etiske dilemmaer

Der er et normativt element forbundet med placeringen af den fælles og individuelle refleksion under henholdsvis den generelle og den specifikke identifikation af det etiske dilemma. Studiet beskriver og underbygger det normative element gennem de eksempler, som netop er præsenteret. Ganske ofte blev de etiske dilemmaer således draget frem til fælles diskussion på møderne. Men som netop gennemgået, var der flere udfordringer forbundet med denne praksis, såfremt sigtet var at give sygeplejersken handlingsanvisninger. Et andet element, som figuren illustrerer, er det spænd, der opstår mellem behandlingen af det abstrakt identificerede dilemma til forskel fra det etiske dilemma, som det opleves i den konkrete situation. Hvor og ikke mindst hvordan bliver de etiske begreber til et greb i praksis på dette kontinuum? Modsat er det et vigtigt spørgsmål, hvordan erfaringernes greb i praksis skaber frugtbare begreber til skolestisk nytte på sygeplejerskeuddannelsen. Indtil videre har jeg primært fokuseret på figurens vertikale pile. Det vandrette kontinuum skal behandles mere indgående efter analysedelen i den efterfølgende synteseddel (del V).

Nonrefleksive handlinger bundet til det etiske dilemma

I reglen er sygeplejerskens etiske refleksioner forbundet med selve identifikationen af det etiske dilemma. Har sygeplejersken således først identificeret et etisk dilemma, vil hun reflektere over dette. Omvendt reflekterer sygeplejersken ikke over den etiske situation, hvis hun ikke selv har identificeret et etisk dilemma. Dog kunne jeg flere gange observere situationer, hvor flere værdier var i spil, og derfor spurgte sygeplejersken om hendes tanker herom. Ganske ofte havde sygeplejersken ikke reflekteret før situationen eller i situationen, men havde alligevel flere vigtige forhold at berette om. Lad mig begynde med et eksempel.

Jeg følger en erfaren sygeplejerske fra onkologisk afd. på en aftenvagte. En patient med iransk baggrund er indlagt. Familien er til stede i dens mangfoldighed. Der befinder sig 9 personer (børn og voksne) rundt om patienten, og støjniveauet er relativt højt. Patienten ligger på en stue med to senge, hvor patienten ved siden af er stærkt afkræftet pga. lungebetændelse. Da jeg forlader stuen sammen med

sygeplejersken, spørger jeg hende efterfølgende, hvad hun ser som værdifuldt i denne situation. Sygeplejersken svarer:

'Det tænker jeg ikke sådan over... ofte fortæller situationen mig, hvad der er rigtigt og forkert... hvis jeg er i tvivl, får jeg det at vide af patienten'.

For mit vedkommende havde jeg identificeret et dilemma (solidaritet vs. loyalitet). Jeg havde reflekteret over situationen i situationen og så ikke patienten. Sygeplejersken reflekterede ikke, men så patienten og så dermed, at der ikke var noget problem i situationen. Hun fik senere ret, da jeg ved en senere lejlighed direkte spurgte patienten, om han havde været generet af den megen støj og postyr. Det havde han ikke. Sygeplejerskens måde at tackle situationen gav mig associationer i retning af nærhedsetikken, som den beskrives af Løgstrup (1956, 1972) og Levinas (1996, 2002) (Jf. del II). Disse tænkere skal imidlertid ikke bruges som prokrustesseng for derigennem af skære empirien til, så den passer. Det som kom til syne i situationen var til gengæld forholdet mellem etik som refleksion og handling. Jeg tænkte og sygeplejersken handlede. Vi skal nu særligt forfølge handlingsetikken med det mål at identificere dens egenart.

Det næste eksempel udspiller sig også på onkologisk afd., hvor jeg følger en erfaren sygeplejerske på aftenvagt, som dog er ny på onkologisk afd. Jeg følger sygeplejersken ind på stuen til en terminal-registreret patient med tyktarmskræft, som desuden er svær at smertedække. Sygeplejersken tager sig god tid og indleder en lang samtale (ca. 45 min.). Patienten ønsker at tale om aktiv dødshjælp. Hun taler i korte sætninger med lange pauser:

Patient: 'Hvis jeg dog bare kunne træffe beslutningen selv... (pause)... det er da også tåbeligt, at det ikke er lovligt som i Holland...(pause)... det havde været noget andet, hvis jeg var en hund'.

Sp: (afbryder) '... men det er du ikke, og du vil ikke komme til at lide på samme måde'.

Jeg taler efterfølgende med sygeplejersken på gangen.

Ego: 'Tænkte du over, hvordan du skulle tackle dialogen'

Sp: 'Nej... overhovedet ikke'.

Ego: 'Overvejede du dine ord i situationen?'

Sp: 'Nej... slet ikke... patienten gav mig svaret'.

Situationen blev ikke identificeret som et dilemma af sygeplejersken, men fortæller alligevel om den måde, hvorpå sygeplejersken kan tackle en etisk situation, hvor flere værdier er i spil. Jeg spørger senere samme sygeplejerske, om hun erfarer at have befundet sig i et etisk dilemma. Hun nævner et eksempel, hvor patienten har stærke smerter og ønsker noget smertestillende, men hvor lægen modsætter sig dette med argumentet om, at resultatet fra undersøgelsen først skal foreligge.

Sp: 'Det var svært at gå ind til patienten med dette budskab'

Ego: 'Hvad fik dig til at handle?'

Sp: 'Jeg tror, det var min intuition'

Flere sygeplejersker på de to institutioner taler om intuition i forbindelse med tacklingen af det etiske dilemma. Spørger jeg videre om intuitionens egenart, har sygeplejersken i reglen intet svar. I nogle tilfælde identificeres og defineres intuition som en fornemmelse eller indskydelse i situationen. Mere klart bliver svaret, når jeg spørger, under hvilke betingelser man som sygeplejerske kan være intuitiv. Her er svaret stort set altid det samme. Man skal være åben, rolig, nærværende og tilstedeværende. Som eksempel på sidstnævnte værdier (nærvær og tilstedeværelse) stod en sygeplejerske fra hospice i en situation, hvor en søn gerne ville besøge faderen, som imidlertid ikke ønskede at se ham. Sønnen havde netop kontaktet hospice og nævnt, at han snart kiggede forbi. Jeg spurgte derfor sygeplejersken, hvordan hun havde tænkt sig at tackle denne situation. Sygeplejersken svarede: 'Det ved jeg ikke... men jeg vil tale med ham, når han kommer... så vil jeg møde ham der'. Sygeplejersken vil således hverken identificere eller på anden måde reflektere over et dilemma, som endnu ikke er opstået. Når dilemmaet endelig opstår i situationen, vil situationen i sig selv opløse dilemmaet gennem sygeplejerskens tilstedeværelse. Men situationen som

muligt etisk dilemma løser ikke sig selv. Ej heller vil sygeplejersken kunne løse dilemmaet. Dilemmaet løses eller opløses snarere som et afstemt (ofte tavst) samspil blandt de involverede. En erfaren sygeplejerske på onkologisk afd. udtrykker det på denne måde:

'Når jeg arbejder, tænker jeg ikke så meget over det (etik)... det der er vigtigt, er samspillet med de mennesker, jeg har med at gøre'.

Det er netop i dette samspil, at sygeplejersken taler om intuition. En intuition, der kun har effekt i situationen, men som efterlader det etiske dilemma i fortid og fremtid men aldrig nutid. Når sygeplejersken handler intuitivt i situationen, sker det med refleksion som negation. Det bliver vigtigt ikke at forholde sig i situationen som en modpol til nærværet og tilstedeværelsen. En sygeplejerske på hospice bekræfter dette, idet jeg spørger, hvordan erfaringer medreflekteres i de etiske situationer.

'Jeg står ikke og tænker... den her situation minder mig om noget, jeg oplevede for to år siden... det er situationen, der bringer det frem. Det er det, der er foran mig, der kalder på det, jeg skal'.

Ud fra ovenstående eksempler vil jeg i denne sammenhæng tolke intuition som sygeplejerskens evne til at lade situationen tiltale hende som en vejviser i den konkrete situation.

Evnen til at lade situationen 'tale' kom ofte til udtryk som negation til det at forholde sig. På en dagvagt taler jeg med en sygeplejerske på hospice om institutionens værdier. Hun siger spontant:

'Førhen forholdt jeg mig til alt muligt – det er jeg holdt op med... det har jeg aflært mig selv – nu er jeg blevet bedre til at tune ind på patienten'.

Udtalelsen eksemplificerer ikke blot, hvordan selve 'forholdet' negeres med værdien 'tilstedeværelse', formuleret billedligt som det at 'tune ind' på patienten. Sygeplejersken er samtidig bevidst om den udvikling, hun har været igennem. Fra at

forholde sig er hun nu mere tilstedeværende. Forholder sygeplejersken sig til situationen, sker det som et brud med denne tilstedeværelse. Gennem et fokusgruppeinterview udtrykker en erfaren sygeplejerske på hospice sig om dette forhold, hvilket sker i forbindelse med mit spørgsmål om refleksionens rolle i de etiske dilemmaer.

'Der hvor jeg er umiddelbar og har en god kontakt og føler, at der er jeg bare på bølgelængde, der kan jeg levere mig selv... men i de situationer, hvor jeg lige skal finde ud af, om der er gang i noget, som jeg ikke liige ved... jamen så bliver jeg måske knap så meget mig selv, hvor jeg tænker: Hvordan skal jeg få det her til at køre'

Hvorvidt refleksion og tilstedeværelse er nødvendige operationelle modsætninger er dog stadig uklart. Samtidig er sygeplejerskens tavse etiske handlepraksis stadig behæftet med løse ender og sorte forklaringshuller. Dog synes de udvalgte sygeplejerskers individuelle refleksioner typisk at finde sted før og efter den situation, hvor dilemmaet udspiller sig. I selve situationen vil refleksion derimod ikke være det typiske middel til (op)løsning af dilemmaet. Her handler sygeplejersken som oftest uden midler (umiddelbar) og lader herigennem situationen fortælle om det gode. I forbindelse med feltarbejdet blev jeg således meget hurtigt opmærksom på tiden som en vigtig parameter til identificering af sygeplejerskens løsning og opløsning af det etiske dilemma. Et forhold som nu skal belyses nærmere.

Etik gennem forruden og bagruden

Sygeplejerskers identificering af det etiske dilemma skete både før, under og efter den eller de situationer, dilemmaet havde reference til. Metaforisk kunne sygeplejersken således både se det etiske dilemma i forruden og i bagruden. Når hun befandt sig i selve situationen, var hun derimod sjældent opmærksom på det forhold, at hun befandt sig i et dilemma. Selvom sygeplejersken identificerer et dilemma i forruden, som noget der med sandsynlighed indtræffer, betyder det imidlertid ikke, at hun forsøger at løse dilemmaet på forhånd. Det interessante er derimod, at hvis sygeplejersken forsøger at løse eller opløse dilemmaet, er måden hun gør det på

betinget af det sted i tid, hvorfra hun ser dilemmaet. Hun vil med andre ord tackle dilemmaet forskelligt, afhængig af om hun ser dilemmaet i forruden, bagruden eller i situationen.

Etik gennem forruden

Hvis sygeplejersken ikke blot identificerer, men også forsøger at 'løse' det etiske dilemma i forruden, sker det ganske ofte reflektivt. Flere konsekvensberegninger inddrages (jf. p. 156 ff.). Sygeplejersken forholder sig til det potentielle dilemma og tænker over de forskellige handlingsalternativer og ikke mindst de sandsynlige konsekvenser heraf. Sygeplejersken inddrager i få tilfælde kolleger i sine overvejelser, men tænker primært selv over sine fremtidige gøremål. Som eksempel fulgte jeg en yngre sygeplejerske i nattevagt på onkologisk afd., som gjorde mig opmærksom på et muligt dilemma, som kunne opstå senere på natten. Hun varetog plejen af en yngre kræftramt kvinde, som netop havde fået en ny kæreste, der ofte befandt sig på afdelingen. Netop denne aften lå kæresten (påklædt) i sengen ved siden af patienten, og klokken var passeret midnat. Som hovedregel må de pårørende ikke overnatte på afdelingen, men henvises til patienthotellet. Dog var der undtagelser. Eksempelvis havde den pågældende sygeplejerske tidligere på ugen givet tilladelse til, at en ægtefælle til en terminalpatient kunne overnatte på stuen. Sygeplejersken gik således og tænkte over mulige etisk relevante forskelle og ligheder mellem de to situationer. Dilemmaet ville opstå, hvis og kun hvis kæresten til patienten spurgte, om han måtte overnatte, hvilket sygeplejersken tydeligvis anså for upassende. Sygeplejersken holdt fast i tvivlen og udfordrede den reflektivt. Men da hun gik ned på stuen kl. 01.30, havde kæresten forladt stuen. Dilemmaet nåede således kun at eksistere i sygeplejerskens hoved.

Et tilsvarende eksempel oplevede jeg på hospice, hvor de pårørende gerne må sove på stuen. Her opstod imidlertid en anden udfordring. Sygeplejersken vækker i reglen altid den pårørende, hvis patienten får det tiltagende dårligere. Men hvor alvorligt skal det være, før sygeplejersken vækker den pårørende? Dette kan siges at være et dilemma, men sjældent et etisk dilemma. Dog oplevede en sygeplejerske en

situation, hvor hun mente, der var tale om et etisk dilemma. Den pårørende havde selv fået konstateret kræft og var meget afkræftet. Han lå og sov på sofaen ved siden af. Patienten blev nu tiltagende dårligere, alt imens ægtefællen sov på sofaen. Sygeplejersken valgte at vække den pårørende, men patienten overlevede denne nat. Samtidig var den pårørende udmattet og afkræftet dagen efter. Næste nat var selvsamme sygeplejerske i tvivl og så et dilemma i forruden. Hvad skulle hun gøre, hvis patienten blev tiltagende dårligere? Skulle hun vække ægtefællen? Sygeplejersken vendte situationen frem og tilbage i hovedet, hvilket som i eksemplet ovenfor skete ud fra en række konsekvensberegninger. Skæbnen ville, at det blev morgen, og patienten døde, mens den pårørende hentede avisen i kiosken.

Flere eksempler fra klinisk praksis tegner det samme billede. En sygeplejerske på hospice ser et etisk dilemma i forruden, da patienten skal vaskes senere på dagen. Patienten ønskede ikke at blive vasket dagen før og ønsker det sikkert heller ikke i dag. Men i dag er det nødvendigt af hygiejniske grunde. Billedet er det samme som i de tidligere eksempler. Sygeplejersken reflekterer over forskellige handlingsalternativer og de deraf afledte sandsynlige konsekvenser. Herefter forløber situationen på en af tre måder. Enten opstår dilemmaet slet ikke eller også opløser dilemmaet sig selv i situationen. Det tredje udfald er, at dilemmaet opstår uden at blive løst. I sidstnævnte tilfælde viser dilemmaet sig altid med detaljer, som sygeplejersken ikke kunne forudse. Jeg oplevede aldrig, at strategien, som sygeplejersken havde gennemtænkt i sit hoved, blev hende til gavn i den etiske situation. Som mulighed kan det skyldes en tilfældighed. Men selv på det logiske plan kan man spørge, hvordan den etiske refleksion skal gavne, før selve situationen opstår. Hvis der er tale om et etisk dilemma, er det netop kendetegnet ved, at der ikke er nogen løsning per se. Hvis sygeplejersken tænker over situationen, vil det let kunne skabe et differentieret billede af den komplekse situation, hun senere vil opleve. Desuden vil forskellige tankemodeller sløre muligheden for at handle umiddelbart i situationen, hvor den planlagte handlemåde muligvis ankommer før problemet, og dermed i sig selv kan skabe problemet. Det skal her understreges, at der her er tale om refleksioner, der binder sig til en konkret situation, der billedligt ses i forruden.

Sygeplejersken kan således reflektivt forholde sig til en generel etisk problemstilling, hvilket eksempelvis kan være patientautonomi eller loyalitet over for lægen etc. Sygeplejersker refererede imidlertid aldrig til disse mere generelle refleksioner på de to institutioner.

Etik gennem bagruden

Hvordan reflekterer og handler de udvalgte sygeplejersker, når de netop har stået i et etisk dilemma og nu kan se situationen i bagruden? Undersøgelsen peger på to signifikante forhold. På den ene side vil sygeplejersken reflektere alene, og på den anden side vil sygeplejersken tale med kolleger om situationen. Ser vi først på sygeplejerskens individuelle refleksioner, er der ikke tale om konsekvensberegninger i samme omfang som tilfældet var, når sygeplejersken så dilemmaet i forruden. Der er i langt højere grad tale om efterrationaliseringer. Sygeplejersker kan i bagruden se, at der rent faktisk er/var tale om et etisk dilemma, og/eller at hun kunne handle på andre måder. Samtidig vurderes det skete ud fra forskellige normative estimater. Den normative vurdering kan både foranledige en indre attribution (ex: jeg burde (ikke) have handlet anderledes) eller en ydre attribution (ex: de andre burde have handlet anderledes). Lad mig præsentere et eksempel. Jeg følges med en yngre sygeplejerske på hospice, der plejer en døende patient, hvis datter netop er på besøg. Datteren taler højlydt i sin mobiltelefon inde på stuen. Hun taler med kæresten, med hvem hun indleder et længere skænderi, hvor eder fylder hver sætning, som var det sædvanen tro. Efter episoden henvender sygeplejersken sig til mig på gangen, hvor hun udtrykker sig på følgende måde:

'...oooh jeg tænker og tænker...jeg ved ikke helt, om jeg skulle have grebet ind i situationen. Måske skulle jeg have bedt Marianne (datteren) gå udenfor... jeg ved det ikke'

Her kan det være relevant at sammenligne eksemplet med en anden situation på onkologisk afd. Kl. er ca. 21.30, og de to aftenvagter har mange samtidige plejeopgaver. Sygeplejersken taler med en patient på en firesengs stue. Patienten ved

siden af er på vej ud i dagligstuen, men falder sammen på gulvet. Ægte manden går i panik – skrider og tager sig til hovedet. Sygeplejersken handler hurtigt. Hun tager iltmasken fra patienten, der ligger i sengen ved siden af, og starter nødkald. Efter ca. en time spørger jeg sygeplejersken, hvordan hun efterfølgende ser på situationen. Hun svarer:

'Efterfølgende kan jeg godt se, at der reelt var tale om et etisk dilemma... der var to andre patienter, der også havde akut behov for hjælp, og patienten der faldt havde desuden et fyldt kateder, som jeg ikke tænkte på i situationen.'

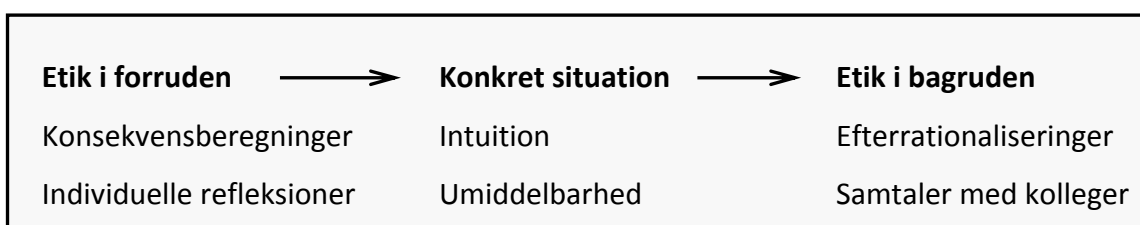
De to eksempler illustrerer to situationer, hvor sygeplejersken identificerer etikken i baggrunden. Samtidig er der imidlertid flere væsentlige forskelle. Den vigtigste relevante forskel er det forhold, at sygeplejersken ofte kan identificere et etisk dilemma i situationen, hvis jeg spørger dertil (sidste eksempel). Det etiske dilemma bliver dog først hendes 'eget' og ikke mindst et refleksionsobjekt, når hun selv tvivler på, hvorvidt hun har handlet rigtigt eller forkert i situationen, hvilket kun er tilfældet i det første eksempel.

Det skal her indskydes, at det har betydning for sygeplejerskens efterfølgende refleksioner, at jeg følger hendes arbejde. Hun er således bevidst om, at jeg muligvis vil spørge hende efter en plejesituation. Eksempelvis fortalte en sygeplejerske, hvordan det kørte rundt i hovedet på hende, affødt af mine spørgsmål i løbet af dagen. Ofte spurgte jeg derfor til situationer, der lå længere tilbage i tid, eller alternativt ventede jeg med at spørge sygeplejersken til en eller to dage efter hændelsen. Endelig spurgte jeg til situationer, sygeplejersken selv trak frem, hvor jeg mere eller mindre tilfældigt havde været fysisk fraværende på stuen. Resultatet var som tidligere nævnt en mulig gruppering af sygeplejerskens refleksioner i henholdsvis efterrationaliseringer og normative attributioner af forskellig art.

Når sygeplejersken ser etikken i baggrunden, fandt det ofte sted i samvær med sygeplejekolleger. Her var der både tale om affektive afstemninger og fælles refleksioner. Refleksionerne havde samme indhold og kendetegn som de individuelle refleksioner. Dog var der her den forskel, at motivet for kontakten til kollegerne ofte

var af mere psykisk art. Dvs. at sygeplejersken havde behov for at 'læsse af' og få luftet sine oplevelser.

Som beskrevet og som vist i figur 3.3 tackler sygeplejersken det etiske dilemma forskelligt, betinget af om hun ser dilemmaet i forruden eller i bagruden.



Figur 3.3: Kendetegn forbundet med sygeplejerskens refleksion og handling, når det etiske dilemma metaforisk ses gennem henholdsvis forruden og bagruden

Figuren nævner også den konkrete situation, hvor sygeplejersken handler i situationen. Her inddrages de forhold, som er nævnt p. 162 ff., vedrørende sygeplejerskens nonrefleksive handlinger.

Aldersbetingede faktorer i relation til det etiske dilemma

Før realiseringen af projektets empiriske del havde jeg den forventning, at jeg ville se yngre sygeplejersker tackle etikken på en signifikant anden måde set i forhold til deres ældre og mere erfarne kolleger (jf. p. 25). Undersøgelsen kan bekræfte denne forskel. Dog viste denne forskel sig på andre og mere nuancerede måder end forventet. Samtidig var der også flere interessante og væsentlige ligheder mellem generationerne. I første omgang skal der fokuseres på sygeplejerskens identificering og håndtering af det etiske dilemma i relation til kronologisk alder. Dernæst skal der fokuseres på arbejdsalderen.

Kronologisk alder: identifikation af det etiske dilemma

De mest markante forskelle blandt de udvalgte sygeplejerskers etiske praksis i relation til alder angår selve identifikationen af det etiske dilemma. I udgangspunktet identificerer yngre sygeplejersker (under 45 år) langt flere etiske dilemmaer set i forhold til deres ældre kolleger (over 45 år). Som tidligere nævnt (p. 136 ff.) kan dette

skyldes flere forhold. For det første er yngre sygeplejersker mere trænedede i at identificere etiske situationer og etiske dilemmaer gennem deres uddannelse. For det andet oplever ældre sygeplejersker efter eget udsagn ikke så mange etiske dilemmaer, fordi de pr. intuition ved, hvordan situationen tackles bedst. Både på onkologisk afd. og hospice er der en udtalt enighed blandt sygeplejersker om, at ældre sygeplejersker er bedre til at tackle de svære etiske situationer. Dette er en erkendelse, som også kommer til udtryk blandt de yngre sygeplejersker.

Sygeplejersker identificerer forskellige typer af etiske dilemmaer betinget af deres alder. Uden at der er en kategorisk forskel, er der en tendens til, at yngre sygeplejersker identificerer dilemmaer, hvor patientautonomien udfordres. Blandt de ældre kolleger er det i langt højere grad loyaliteten over for lægen, der udfordres gennem solidariteten med patienten. Til grund herfor kan nævnes flere forhold. Ældre sygeplejersker nævner ofte identifikationen med patienten som en stor udfordring i forbindelse med deres arbejde. En ældre sygeplejerske vil således i højere grad kunne identificere sig med en 50 årig terminalpatient set i forhold til en 30 årig kollega. På den måde skabes et grundlag for en langt større solidaritet med patienten, hvilket som nævnt udfordrer loyaliteten over for lægen. Flere ældre sygeplejersker nævnte selv dette forhold som et aldersbestemt forhold. Omvendt har yngre sygeplejersker svært ved at handle paternalistisk, hvilket bl.a. kan finde sin årsag i den manglende erfaring og dermed faglige sikkerhed. På den måde bliver dilemmaet mellem autonomi og paternalisme ofte en mere synlig konflikt for gruppen af yngre sygeplejersker.

Når det etiske dilemma identificeres, vil den yngre sygeplejerske i langt højere grad identificere dilemmaet i henholdsvis forruden og bagruden, hvor den ældre sygeplejerske vil manøvrere i situationen. Samtidig er den yngre sygeplejerske opmærksom på generelle forhold, der binder sig til situationen, hvor den erfarne kollega i langt højere grad er fokuseret på de mere specifikke forhold. Denne divergens bevirker samtidig, at yngre sygeplejersker fokuserer på ligheder med andre situationer, for derigennem at gøre situationen generel. Ældre sygeplejersker er derimod mere fokuseret på forskelle og måden den konkrete situation er forskellig fra andre situationer, hvilket gør den etiske situation særegen.

	Sygeplejersker under 45 år	Sygeplejersker over 45 år
Mængde identifikationer	Flere identifikationer af etiske dilemmaer	Få identifikationer af etiske dilemmaer
Hvor identificeres dilemmaet	Etik i forruden og bagruden	Etik i situationen (som manøvve)
Hvilken type dilemma	Autonomi vs. paternalisme	Solidaritet vs. loyalitet

Figur 3.4: Aldersmæssige forskelle angående identificering af det etiske dilemma

Opsummerende har de udvalgte sygeplejerskers alder en indflydelse på den måde det etiske dilemma identificeres. Figuren (3.4) angiver et mere eller mindre rigtigt billede af klinisk praksis, der kategorisk rubricerer en række hold, som ikke på samme måde er låst i klinisk praksis. Dog er der tale om flere betydningsfulde forskelle.

Kronologisk alder: løsning og opløsning af det etiske dilemma

Når sygeplejersker på hospice og onkologisk afd. tackler det etiske dilemma, anvender de alle fornuft og erfaring i forskelligt omfang. Desuden er det kendetegnende for alle sygeplejersker, uanset alder, at sygeplejeetiske retningslinjer, etiske kodeks, etiske teorier/modeller ikke anvendes som et direkte og ekspliciteret redskab i den etiske situation. Endelig taler langt de fleste sygeplejersker, uanset alder, med kolleger, når de oplever eller har oplevet en svær etisk situation. Der er imidlertid aldersmæssige forskelle, som kommer til syne, når de udvalgte sygeplejersker konfronteres med en etisk situation. Yngre sygeplejersker reflekterer mere, set i forhold til de ældre sygeplejersker, der i højere grad anvender det, de selv kalder intuition. Lad mig præsentere nogle eksempler. Jeg taler med en ung sygeplejerske på onkologisk afd., hvor samtalen forløber således:

Ego: 'Hvordan kommer etikken til udtryk?'

Sp: 'Man tænker over, om det man gør nu også er det rigtige'

Ego: '... tænker du over det, du gør, i den konkrete situation?'

Sp: 'Ja... men mest før og efter. Refleksion er vigtig både før, under og efter situationen'

Som eksemplet antyder, reflekterer sygeplejersken efter eget udsagn før, under og efter de etiske situationer. Disse refleksioner anvendes typisk som konsekvensberegning i forbindelse med de handlingsalternativer, det etiske dilemma viser. Som eksempel fortæller en ung sygeplejerske, hvordan hun kom i tvivl i forbindelse med medicineringen af en patient. Lægen havde mundtligt ordineret noget medicin, men 'glemte' at gøre det skriftligt (elektronisk). Lægen havde nu forladt sygehuset (vagtskifte), hvor sygeplejersken kom i tvivl om det rigtige at gøre. Lægen, der nu skulle have vagten, var endnu ikke ankommet, og patienten manglede den ordinerede medicin. Sygeplejersken tænkte meget over konsekvenserne af dels at give patienten medicinen og dels at undlade at gøre det. Situationen var endvidere kompleks, idet der var mulighed for at være uenig med lægens ordination. Som sygeplejersken selv udtrykte det: 'Jeg kan jo blive konfronteret med det, jeg har gjort, og i værste fald blive fyret'. Netop det at fokusere på konsekvenserne er typisk for den yngre sygeplejerske. Før situationen reflekteres over, hvilke mulige konsekvenser de forskellige handlinger kan få. Efter situationen vurderes handlingernes værdi på baggrund af konsekvenserne.

Ældre sygeplejersker reflekterer også, men lader i langt højere grad selve situationen fortælle, hvad der er rigtigt og forkert. Det er situationen, der får lov at tale, mere end det er resultatet af konsekvensberegninger. Som et eksempel fulgte jeg en ældre sygeplejerske på hospice, som plejede en terminalpatient, der klagede over smerter. Patienten havde kort forinden fået morfin, men ønskede noget mere smertestillende. På gangen sagde sygeplejersken efterfølgende spontant henvendt til mig.

'Her kan man tænke over forskellige handlinger, hvor nogle kan være mere rigtige end andre, men det er jeg holdt op med... før tænkte jeg i handlinger – nu ser jeg på mennesket.'

Jeg tolker det sådan, at sygeplejersken mere eller mindre tavst lader patienten fortælle hende, hvilken handling der er bedst. En sygeplejerske på onkologisk afd. underbygger denne tolkning. Sygeplejersken har netop givet patienten mere smertestillende

medicin og siger efterfølgende: 'Man skal lære at forstå de signaler, patienten sender'. En anden ældre sygeplejerske på onkologisk afd. udtrykker det på denne måde: 'Jeg synes at kunne mærke, hvor patienten er'. Det mest præcise billede af den evne blandt de ældre sygeplejersker fik jeg på onkologisk afd., hvor en ældre sygeplejerske nævnte ydmyghed som det vigtigste i sygeplejen. Da jeg spørger, hvordan hun mener ydmygheden viser sig i handling, siger hun følgende: 'Jeg ved ikke så meget om etik... jeg ser, lytter og mærker patienten... det er det, jeg er god til'. Med eksemplerne bliver det klart, at den yngre sygeplejerske i højere grad handlede reflektivt, hvor den ældre sygeplejerske var mere sansende og intuitiv.

Som nævnt indledningsvist taler sygeplejersker på de to institutioner indbyrdes om forskellen mellem yngre og ældre sygeplejersker. Samtidig opleves det ofte sådan, at ældre sygeplejersker gerne vil finde en egen kompensation for det, de selv kalder 'de mange fine nye begreber de unge kommer med'. Når jeg observerer sygeplejersker handle, ser jeg imidlertid den afgørende forskel, at unge sygeplejersker principielt kan sige det samme som de ældre, når det drejer sig om at 'tage udgangspunkt i det andet menneske', 'synet på det hele menneske' osv. Der synes imidlertid at være mere handling bag ordene, når det kommer til udtryk blandt de ældre sygeplejersker. Ganske ofte oplevede jeg en dissonans mellem det yngre sygeplejersker forsvarede begrebsligt, og det der kom til udtryk i handlinger. Det mest typiske eksempel er grundværdierne, som altid forsvares, men ikke altid efterleves.

	Sygeplejersker under 45 år	Sygeplejersker over 45 år
Orientering	Refleksionsorienteret (løsning af dilemmaet)	Handlingsorienteret (opløsning af dilemmaet)
Aktivitet	Konsekvensberegninger (begreb om situationen)	Situationen 'taler' (greb i situationen)

Figur 3.5: Aldersmæssige forskelle angående løsning og opløsning af det etiske dilemma

Ovenstående figur (figur 3.5) illustrerer i hovedtræk de forskelle, der udtales og kommer til udtryk mellem ældre og yngre sygeplejersker på de to institutioner i forbindelse med tacklingen af det etiske dilemma. Som det også gælder for figur 3.4,

illustreres her en større rigiditet end praksis kan afsløre. Dog er der tale om relevante forskelle, der afdækker forholdet mellem yngre og ældre sygeplejerskers håndtering af det etiske dilemma og forholdet til etikken mere generelt. Samtidig fortæller de nævnte forskelle om en udvikling over tid. En udvikling der ikke nødvendigvis bestemmes af sygeplejen som profession, men som også kan være bestemt af en lang række andre forhold af mere samfundsmæssig og sociologisk karakter.

Arbejdsalder: Fra vane til sædvane og tilbage igen

Udover den kronologiske alder er det relevant at undersøge, hvorvidt arbejdsalderen spiller en rolle i måden, de udvalgte sygeplejersker henholdsvis identificerer og tackler det etiske dilemma. Hypotetisk kan etik i sygeplejen således både skabes gennem livet og arbejdslivet. Arbejdsalderen er her tænkt som det antal år, sygeplejersken har arbejdet på institutionen, hvor jeg skelner mellem lav arbejdsalder (under 5 år) og høj arbejdsalder (over 5 år). Da undersøgelsens empiriske materiale er sparsomt på netop dette punkt, kan der kun fremdrages nogle få signifikante forhold.

I stort omfang var der en korrelation mellem den ældre sygeplejerske og den erfarne sygeplejerske. Det samme gjorde sig gældende mellem den yngre sygeplejerske og den uerfarne sygeplejerske. På den måde kan der i forbindelse med arbejdsalder henvises til forrige afsnit, hvor forskelle og ligheder blev trukket frem. De interessante forhold vedrørende arbejdsalder opstod, når jeg iagttog den yngre men erfarne sygeplejerske og ikke mindst den ældre men uerfarne sygeplejerske. Ser vi først på den yngre sygeplejerske under 45 år, der havde fungeret på afdelingen over 5 år, var det kendetegnende, at sygeplejersken havde erfaringer, der havde skabt nogle indgroede sædvaner. Jo mere erfaring desto flere strenge blev der spændt på den moralske bue. Hendes handlinger var med andre ord erfaringsbaserede, og hun praktiserede på denne baggrund. Refleksion var en afgørende faktor, når erfaringer blev brugt i situationen. Dette skete i reglen som konsekvensberegninger.

Den ældre uerfarne sygeplejerske på institutionerne gav ofte udtryk for sine frustrationer. Et eksempel er fra en aftenvagte på onkologisk afd., hvor en yngre

sygeplejerske netop har spurgt hende til råds. Den ældre sygeplejerske siger efterfølgende henvendt til mig:

'Jeg var ekspert inden for mit felt men blev virkelig kastet ud på dybt vand, da jeg startede her... det var dybt frustrerende... jeg manglede fodfæste, hvilket frustrerede mig meget... jeg blev behandlet som ekspert uden at være det.'

Den ældre sygeplejerske, der kun har været på institutionen i kort tid, har således ikke fået afstemt normerne og værdierne på afdelingen. Samtidig mangler hun at afstemme egne normer og værdier i relation til det nye arbejde. Andre sygeplejersker forsøger at anvende tidligere erfaringer alligevel. Man kan kalde det værdiimperialisme. Dette skabte i få tilfælde konfrontationer med kolleger, hvilket i sig selv kunne skabe et etisk dilemma. Eksempelvis oplevede jeg en nyansat sygeplejerske, der havde lang erfaring fra en anden afdeling, som på ingen måde mente, humor kunne være en grundværdi i arbejdet. Denne værdi lå imidlertid ikke blot tavst indgroet i flere kolleger, men blev også ekspliciteret som en vigtig værdi blandt andre.

Den ældre men uerfarne sygeplejerske tackler i langt højere grad det etiske dilemma gennem det, hun selv kalder intuition, set i forhold til den yngre men erfarne sygeplejerske. Samtidig er den yngre men erfarne sygeplejerske mere reflektiv set i forhold til hendes ældre mindre erfarne kolleger (jf. fig. 3.6).

	Sygeplejersker under 45 år	Sygeplejersker over 45 år
Arbejdsalder under 5 år		Udfordrende afstemning af normer og værdier. Intuition
Arbejdsalder over 5 år	Erfaringsbaserede handlinger Refleksiv etisk praksis	

Figur 3.6: Arbejdsalderens synlige betydning i relation til sygeplejens etiske praksis

Delkonklusion

Sygeplejersker på onkologisk afd. og hospice håndterer det etiske dilemma gennem både refleksion og handling. Refleksivt håndterer sygeplejersken kun i mindre omfang det etiske dilemma ud fra pligter, der fungerer tavst i situationen. Mere typisk reflekterer sygeplejersken gennem konsekvensberegninger, hvor forskellige handlingsalternativer vurderes. Formelt såvel som uformelt anvender sygeplejersken desuden kolleger i forbindelse med de etiske situationer. Generelt er de etiske refleksioner betinget af det etiske dilemmas egenart. Er der således tale om et generelt etisk dilemma, anvendes typisk en fælles refleksion med anvendelse af forskellige formelle retningslinjer, værdisæt og kodeks. Er der derimod tale om et mere specifikt dilemma bundet til en konkret situation, vil dilemmaets pragmatiske løsning i højere grad basere sig på mere eller mindre spontane erfaringsbaserede handlinger.

Handlingsetikken viser sig som en situationsetik eller nærhedsetik, hvor sygeplejersken lader patienten fortælle, hvordan situationen bør tackles. Sygeplejersken taler om intuition som vejen til opløsning af det etiske dilemma. Handlingsetisk er sygeplejersken bevidst om ikke at tænke og reflektere i situationen.

De etiske dilemmaer opleves og håndteres forskelligt i tid. Ser sygeplejersken etikken i forruden, vil hun anvende konsekvensberegninger og individuelle refleksioner. Står hun i den konkrete situation, vil hun være intuitiv og umiddelbar. Ser hun etikken i bagruden, dominerer samtalerne med kollegerne, hvor bl.a. efterrationaliseringer er et middel til løsning og opløsning af det etiske dilemma.

En række signifikante faktorer gør sig gældende, når blikket falder på de aldersbestemte faktorer i relation til sygeplejerskens håndtering af de etiske dilemmaer. Yngre sygeplejersker er i reglen mere reflekterende og problemfokuserede. De identificerer etiske dilemmaer i konflikten mellem autonomi og paternalisme, hvor konsekvensberegninger er det typiske redskab. Ældre sygeplejersker er mindre reflekterende, men identificerer i højere grad et etisk dilemma i spændingsfeltet mellem solidaritet og loyalitet. Det etiske dilemma tackles intuitivt og spontant, hvor dilemmaet opløses i selve situationen.

Slutteligt spiller sygeplejerskens arbejdsalder en rolle i forbindelse med håndteringen af det etiske dilemma. Yngre men erfarne sygeplejersker på de to institutioner arbejder ud fra konsekvensberegninger, hvor erfaringer er det vigtigste middel. Ældre mere uerfarne sygeplejersker udfordres af nye normer og værdier på afdelingen. Denne proces kan både siges at være assimilativ og akkomodativ, idet sygeplejersken både tilpasser sig til omgivelserne, men også forsøger at tilpasse omgivelserne til sig selv. Som en håndtering af de etiske situationer anvender den ældre men uerfarne sygeplejerske intuition i de svære situationer.

Samvittighed, karakter og udvikling

Gennem de forrige analyseafsnit har jeg beskrevet, hvordan de udvalgte sygeplejersker identificerer og håndterer det etiske dilemma gennem refleksion og handling. Men det er ikke blot sygeplejersken, der møder og virker i det etiske dilemma. Samtidig vil det etiske dilemma konfrontere og påvirke sygeplejersken på mangfoldig vis. Spørgsmålet er, hvordan det etiske dilemma virker tilbage på sygeplejersken? Som mulig afgrænsning skal der her fokuseres på tre forhold. For det første skal samvittighedens rolle og funktion beskrives set i lyset af de genererede data. For det andet skal der fokuseres på nogle få eksistentielle forhold, der kan afdække sygeplejerskens etiske virke gennem refleksion og handling. For det tredje skal det belyses, hvordan sygeplejerskens erfaringer med de etiske situationer udvikler hendes evner til etisk refleksion og handling. Sidstnævnte spørgsmål berører et udviklingsperspektiv, som begrænses af undersøgelsens korte varighed. Spørgsmålet behandles således gennem sygeplejerskens udtalelser under feltstudierne og i særdeleshed gennem de efterfølgende fokusgruppeinterviews.

Samvittighedens funktion og egenskaber

Når samvittigheden behandles i tilknytning til den aktuelle undersøgelse, ses begrebet nært beslægtet med begrebet bevidsthed (jf. eng. *conscience* og *consciousness*). Med andre ord ses samvittigheden som en måde, hvorpå sygeplejersken skaber etisk selvbevidsthed. Sygeplejersken kigger indad som en etisk selvvurdering. Herigennem bliver hun bevidst om de etiske normer. Forbundet med den etiske situation vil hun føle sig mere eller mindre harmonisk som person. Men hvilken harmoni er der så tale om? Det kan være harmonien eller disharmonien mellem det, sygeplejersken tænker og føler på den ene side, og den handling hun udfører på den anden side. Har hun eksempelvis tvunget en patient mod hans vilje, kan der principielt skabes et behov for selvransagelse. Samvittigheden er her sygeplejerskens indre klangbund, hvorfra handlingen afstemmes. Sygeplejersken er ærlig over for sig selv med ønsket om at forblive tro mod sig selv. I denne selvvurdering vil samvittigheden ofte indeholde

følelser bundet til sympati, pligt og retfærdighed. Det er gennem disse følelser, at der handles samvittighedsfuldt.

Samvittigheden fødes ofte med det etiske dilemma, men beskrives sjældent af sygeplejersker som en måde at løse eller opløse dilemmaet på. Med samvittigheden mærker sygeplejersken snarere, hvordan idealerne ikke hænger sammen med det, hun føler, hun bør gøre i den enkelte situation. Både før men særligt efter en handling vil sygeplejersken kunne spørge sig selv, om handlingen er/var rigtig eller forkert. Netop dette forhold blev tydeligt gennem studier af de mange samtaler mellem sygeplejersker. Særlig prægnant blev det i formuleringer af typen: 'Det kan du gøre med god samvittighed' eller 'Har du virkelig samvittighed til det?'. På den måde kan man som sygeplejerske få eller give andre sygeplejersker en god eller dårlig samvittighed. Med dette analyseafsnit skal der særligt fokuseres på den måde samvittigheden virker hos udvalgte sygeplejersker på de to institutioner.

Den indre splittelse

Det etiske dilemma viser sig som en værdikonflikt, hvor der skabes et vanskeligt valg mellem flere handlingsalternativer. Der opstår således en situation, der binder sig til flere modstridende grundværdier. Denne strid viser sig også som en indre strid, der splitter sygeplejersken. Hun er i vold med sig selv. Ganske ofte oplevede jeg sygeplejersker sætte ord på denne indre splittelse som en etisk selvbevidsthed. Gennem et fokusgruppeinterview udtrykker en sygeplejerske på hospice følgende:

Det er i mødet med patienten, at vi kommer på prøve. Og nogle gange er det ikke bare sådan lige efter en bog vel. Da kan man bare mærke modstanden i sig selv... hold da op det er svært.

Mødet med patienten kan være udfordrende. Med samvittigheden er det imidlertid sig selv, man møder som største udfordring. Sygeplejersken er i splid med sig selv og søger at komme overens med sig selv. Den modstand, som sygeplejersken refererer til, omtales typisk som en mavefornemmelse. Samvittigheden synes således at være forankret i en fornemmelse eller følelse mere end til rationelle overvejelser. Flere

sygeplejersker ekspliciterer følelsernes rolle i forbindelse med etisk praksis. Nedenstående eksempel er fra en aftenvagts på onkologisk afd., hvor jeg i forlængelse af en vanskelig situation talte med sygeplejersken om hendes oplevelser.

For mig er det vigtigt at have mig selv med i det, jeg gør. På den måde skal jeg også have mine følelser med i det, jeg gør... ellers hober det sig op i mig.

Sygeplejersken er drevet af værdier, der bevæger hende før, under og efter situationen. Flere af de udvalgte sygeplejersker udtaler: 'Det må jeg bare gøre det her' eller 'Det kan jeg simpelthen ikke få mig selv til'. Sygeplejersken ved med andre ord ikke, hvad der er rigtigt og forkert i den etiske situation, hvorfor troen får en plads. Da jeg forfulgte denne erfaring som tanke efter feltstudierne, blev det klart formuleret af en sygeplejerske i det sidste fokusgruppeinterview.

... der er jo ingen af os, der i situationen gør noget, som vi ikke tror på. Vi gør jo det, vi tror er rigtigt, når vi står i en svær etisk situation. Det kan godt være, det er en mavefornemmelse, men det er det, der mærkes rigtigt at gøre.

Troens indflydelse skal ikke uddybes her men citatet underbygger ovenstående hypotese, hvor samvittigheden er en fornemmelse, følelse eller irrationel tro, som dels bringer sygeplejersken i strid med sig selv, men samtidig kan være den drivkraft, der betinger sygeplejerskens handlinger.

Eksistentielle forhold

Overskriften henviser til den måde sygeplejersken træder frem i de etiske situationer (af lat. *existentia*, at noget forekommer, hvilket står i modsætning til det, noget er, *essentia*). Det er alene tanken at lade undersøgelsen præsentere nogle få pointer, der illustrerer måden, de udvalgte sygeplejersker viser sig i det etiske dilemma, hvilket sker med reference til projektets mål og delmål.

Alle sygeplejersker kunne fortælle om etiske situationer, hvor de i forskelligt omfang var i tvivl om den rette handlemåde. Men selve tvivlen blev

håndteret meget forskelligt. Gennem undersøgelsen blev det hurtigt klart, at der grundlæggende var to måder at håndtere tvivlen på. Enten låste sygeplejersken sig selv fast i tvivlen og blev fortvivlet, eller også kastede hun sig selv ind i situationen med de følger, dette kunne få.

Begynder vi med den første fremtrædelsesform, oplevede jeg både på onkologisk afd. og hospice, hvordan nogle sygeplejersker nærmest dvælede i tvivlen, hvilket skabte fortvivlelse. Som eksempel fulgte jeg en sygeplejerske på hospice, der var i tvivl angående estimering af værdierne i en konkret situation. En situation hun selv karakteriserede som et etisk dilemma. Dilemmaet havde sit udspring i en situation, hvor patienten ikke ønskede den medicin, som lægen havde ordineret. Til trods for at medicinen kunne undværes, oplevede sygeplejersken et dilemma i forholdet mellem respekten for patientens autonomi og hendes egen faglige paternalisme. Samtidig stod hun i en konflikt mellem solidariteten med patienten og loyaliteten over for lægen. Sygeplejersken bekendtgjorde sin tvivl over for mig. Hun nærmest stirrer lige frem for sig, alt imens hun siger: 'Jeg ved simpelthen ikke, hvad jeg bør gøre her'. I mit fravær går hun til en kollega med sin tvivl. Kollegaen siger bl.a., at medicinen 'jo var nødvendig'. Efterfølgende går sygeplejersken stadig rundt med en tvivl. Selvom hun efterfølgende handler i mødet med patienten, følger tvivlen hende alligevel som en fortvivlelse over ikke at kunne slå til. Tvivlen om det gode bliver nu til en fortvivlelse, der udspringer af hendes eget selvforhold.

Fortvivlelsen kom til udtryk både fysisk og verbalt. Var sygeplejersken fortvivlet, blev hun ofte tavs med et tomt stirrende blik. Også verbalt blev fortvivlelsen karakteriseret som noget fysisk. Under feltarbejdet hørte jeg udtalelser såsom: 'Det har jeg det bare så dårligt med', 'Jeg får bare så ondt i maven', 'Det er lige til at få kvalme af'. Når sygeplejersken tvivler i måden, hun bør tackle situationen på, og forgæves leder efter et meningsfuldt valg, bliver tvivlen til fortvivlelse gennem en oplevet meningsløshed, der viser sig fysisk og verbalt. Overgangen fra tvivl til fortvivlelse så jeg derfor som en overgang fra kvaler til kvalme.

Som det vigtigste kendetegn ved sygeplejerskens tvivl og fortvivlelse skal der her fokuseres på refleksion og handling. Når sygeplejersken på hospice og

onkologisk afd. tvivler, reflekterer hun i den forstand, at hun forholder sig til den etiske situation. Låser tvivlen sig i fortvivelse, fordi valget bliver absurd eller ligegyldigt, løsriver refleksionen sig fra situationen og bliver en selvrefleksion. Hvor sygeplejersken før forholdte sig til situationen, forholder hun sig nu til sig selv som tvivlende. Det var det, der skete i førnævnte eksempel, hvor sygeplejersken først er i tvivl om den gode handling, hvorefter hun bliver fortvivlet, idet hun indser, at hun ikke selv formår at træde frem i situationen. Til trods for at hun handlede, var det med kollegaen som viljens krykker, hvorfor tvivlen senere låser sig fast i fortvivelse. I sin tvivl reflekterer sygeplejersken i forholdet til situationen. I fortvivlelsen reflekterer sygeplejersken i et selvforhold. Selve refleksionsforholdet bevæger sig med andre ord fra situationen til sygeplejersken selv.

Ser vi nu på en anden fremtrædelsesform blandt sygeplejersker er den ikke karakteriseret gennem refleksion som i ovenstående tilfælde, men derimod gennem handling. Også her kan der gives flere eksempler fra både onkologisk afd. og hospice. Mest tydeligt blev denne etiske eksistensform imidlertid, da jeg fulgte en sygeplejerske på hospice, som selv satte ord på sit møde med de etisk vanskelige situationer. Konkret fulgte jeg sygeplejersken i en dagvagt, hvor en patient ikke ønskede at tale med sine børn om hans sygdom. Alligevel trodsede sygeplejersken dette fravalg fra patientens side og foranledigede en familiesamtale. Sygeplejersken udtaler efterfølgende:

Nu vover jeg (hun smiler). Jeg kaster mig ofte ud på dybt vand... det er den, jeg er som person. Det er vel nok min erfaring, der får mig til at gøre det. Tidligere forsøgte jeg bare at gøre som de andre... det blev efterhånden lidt hult.

Sygeplejersken tvivler og ser ikke nogen endelig løsning og har dermed ikke et fundament, hvorudfra hun kan handle. Netop derfor bruger hun billedet af det dybe vand. Det at kaste sig ud på dybt vand er ifølge hende et erfaringsbetonet valg set i lyset af tidligere praksis, hvor hun gjorde som de andre. Sygeplejerskens udtalelse er som eksempel betragtet som taget ud af en lærebog om eksistentialisme og kan forfølges i mange retninger. Her skal blot betones det forhold, at sygeplejersken i

modsatning til det tidligere eksempel handler først og reflekterer bagefter. Den efterfølgende refleksion angår en erfaring i modsætning til det første eksempel, hvor refleksionen angår en situation, som endnu ikke er opstået. I det første eksempel reflekterer sygeplejersken, karakteriseret som en tvivl, hvorefter hun handler gennem en anden sygeplejerske. Den efterfølgende refleksion angår ikke en erfaring, men er en selvrefleksion forankret i fortvivlelse.

Men hvad betinger sygeplejerskens etiske fremtrædelsesform? Sygeplejersken, der 'kaster sig ud på dybt vand', nævner selv erfaring som det vigtigste grundlag. Undersøgelsen bekræfter hendes udtalelse. Yngre uerfarne sygeplejersker var således mere fortvivlede set i forhold til deres ældre mere erfarne kolleger. Men det kan imidlertid forårsages af tidligere nævnte forhold, hvor yngre uerfarne sygeplejersker dels identificerede flere etiske dilemmaer og dels var blevet introduceret til flere refleksive redskaber set i forhold til deres ældre mere erfarne kolleger. Den erfaring, som sygeplejersken taler om, synes imidlertid at være af mere personlig end faglig art. Som eksempel fulgte jeg en sygeplejerske, der var i tvivl om, hvorvidt hun skulle køre på visitationsbesøg forud for den syges indlæggelse på hospice. Sygeplejersken havde ikke koordineret denne aftale med ledelsen, der ikke var til stede den pågældende dag. Ad den vej havde hun på den ene side ikke bemyndigelse til at gøre det. På den anden side var der andre forhold, der gjorde det oplagt at tage af sted den pågældende dag. Sygeplejersken vælger at tage af sted. Efterfølgende siger hun henvendt til mig:

Måske var det ikke den bedste løsning, men nogle gange hopper jeg ud, hvor jeg ikke kan bunde... men det er nok noget med min person at gøre (griner)

Etisk set dyrker erfaringen i højere grad sygeplejerskens personlighed set i forhold til sygeplejerskens faglighed. Gennem erfaring skaber sygeplejersken både karakteregenskaber og fagkundskaber. Men det er karakteregenskaberne, der eksistentielt viser sig i de svære etiske situationer. Etik bliver på den måde et uomgængeligt livsvilkår eller eksistentielt grundvilkår. Den bedste beskrivelse kom fra

en sygeplejerske på hospice, som jeg talte med på kontoret efter en lang arbejdsdag. På spørgsmålet om etikens egenart svarer hun: 'Etik er måden, jeg lever og overlever'.

Udvikling af den etiske sygeplejerske

I det følgende analyseres sygeplejerskers udtalelser om udviklingen af de fagets kundskaber og de etiske egenskaber eller dygtigheder. Til slut skal der fokuseres på de udvalgte sygeplejerskers forhold til sammenhængen og den mulige kontinuitet, der (om muligt) eksisterer mellem disse.

Et af de forhold, som overraskede under og efter undersøgelsen på de to institutioner, var etikens forbindelse med sygeplejerskens personlighed og karakteregenskaber. Sygeplejerskens forhold til normer og værdier, og ikke mindst måden hvormed disse kommer til udtryk, var i høj grad bestemt af karakteregenskaber. Forskellige personer handler etisk forskelligt. Som en patient fortalte mig på onkologisk afd.: 'Nogle sygeplejersker er mere slagfærdige end andre'. Patienten virker meget klar og velovervejet, og jeg taler med hende om den måde, hun oplever sygeplejerskers etiske fremtræden. Hun taler i generelle termer og betoner etikens forening af personlighed og faglighed:

'Man kan være nok så vidende, men man må være klog for at føre den (etikken) udi livet... klog til at virke i den... de unge sygeplejersker går lidt for meget efter bogen og er for lidt personligt til stede'

Det er muligt at tolke patientens udtalelse sådan, at fagligheden er grundlaget for etikken, hvor personligheden lader etikken komme til udtryk. Sagt med andre ord skal sygeplejersken være bekendt med sygeplejens skik og brug, herunder etiske retningslinjer, kodeks og værdisæt. Men etisk bliver sygeplejersken først, når disse normer og værdier dyrkes som en del af karakteren. Netop denne pointe bekræftes af sygeplejersker på henholdsvis onkologisk afd. og hospice, hvilket skete gennem både ord og handling. I forbindelse med de afsluttende fokusgruppeinterviews spurgte jeg alle sygeplejersker, hvordan de mente, man var og blev en etisk sygeplejerske. I begge

interviews var der fuld enighed om, at det skete gennem andres og specielt egne erfaringer. En sygeplejerske udtrykker det på denne måde:

Jeg tror etikken udvikles... eller hvad skal jeg sige... af alle de påvirkninger, man får hele livet igennem... gennem de mange møder med forskellige situationer... med de mange mennesker livet igennem.

Jeg forfølger svaret gennem følgende spørgsmål: Hvordan er etik henholdsvis en egenskab og/eller et redskab? Under de to interview er der enighed om, at etik kommer til udtryk i den konkrete situation gennem personlige egenskaber. En sygeplejerske på hospice fortæller:

Jeg tror, etik er en egenskab. Altså fordi... når jeg sådan tænker over det... ja, jeg kan da godt komme i tanke om nogle, hvor jeg oplever, de kan være som en elefant i en glasbutik, hvor de er så etisk kluntede... så det er også noget med, hvordan man er som person... at jeg har erfaringer med mig og integrerer dem.

De personlige egenskaber bliver her set som integrerede erfaringer. Som tidligere nævnt (p. 162 ff.) taler flere sygeplejersker om intuition eller umiddelbarhed som en måde, hvorigennem det etiske dilemma håndteres. For disse sygeplejersker er det først i bruddet med det forventede, dvs. når situationen får et uventet udfald, at hun reflekterer over situationen, dvs. reflekterer over de erfaringer hun netop har gennemlevet. For disse sygeplejersker er etikken en del af karakteren og kommer tavst til udtryk gennem handling. Gennem gruppeinterview på hospice bliver det præciseret af en sygeplejerske på følgende måde:

Når det handler om de der etiske dilemmaer, så er det altså ikke ret tit, jeg tænker over det, jeg gør... øh... jeg bruger ikke lang tid på at stå og filosofere over, hvordan jeg lige skal tackle det her. Men det er måske typebestemt... det er måske sådan jeg er... det er en nok en del af min karakter.

Hvis normerne og værdierne derimod ikke er integreret i personligheden, vil de adspurgte sygeplejersker i langt højere grad reflektere forud for selve situationen. Det er her de etiske redskaber kommer ind i billedet. Det kan være redskaber såsom etiske begreber, værdisæt, retningslinjer og kodeks. Men det interessante er, at etikken forbliver en egenskab i sygeplejerskens møde med de etiske situationer. Hvis man således ikke har tilstrækkelig erfaring til at være handlingsduelig i en vanskelig etisk situation, rådfører sygeplejersken sig hos kolleger eller giver sig selv en erfaring, som hun efterfølgende reflekterer over.

De etiske redskaber synes at have en anden funktion (og muligvis ligeså vigtig) nemlig skabelsen af fagidentitet. Blandt de etiske redskaber angår dette primært de udarbejdede værdisæt. De udarbejdede værdisæt på onkologisk afd. og hospice anvendes således som en afstemning af institutionens værdier. Der tales om 'dem vi er' og 'hvordan vi gerne vil være'. Sygeplejersker arbejder desuden med disse værdisæt som redskaber i mere formelle sammenhænge, hvor mere eller mindre generelle etiske situationer drøftes i plenum. Men som redskab fungerer de primært som kulturel etisk identifikation. En erfaren sygeplejerske fra onkologisk afd., der havde siddet i den gruppe, der udarbejdede værdigrundlaget, udtrykker det således under et fokusgruppeinterview:

'... når jeg går rundt i min dagligdag, så går jeg ikke rundt og tænker på værdibegreberne... husk dem nu, husk dem nu... som Louise også siger, er det enormt vigtigt at have dem med sig... eller at de er der. Jeg tror ikke, det er noget vi opererer bevidst under'.

Værdibegreberne fungerer således i højere grad som en identitetsmæssig grænsedragning i den etiske praksis på onkologisk afd. og hospice. I eksemplet ovenfor nævner sygeplejersken således, at det er vigtigt at have værdibegreberne med sig uden dog at være bevidst om dem. Man kan tolke det sådan, at når værdibegreberne ekspliciteres og diskuteres, har de en identitetsskabende funktion. Når de derimod tavst viser sig, er begreberne blevet integreret som en kultiveret egenskab. En række egenskaber der skaber en række bevidste såvel som ubevidste handletilbøjeligheder.

Fra etiske redskaber til etiske egenskaber

Det interessante spørgsmål er nu, hvordan der skabes en forbindelse mellem etikken som redskab eller instrument på den ene side og etikken set som egenskaber (karakteregenskaber) på den anden side. Som udgangspunkt synes der ikke at være fasttømrede grænser mellem etiske redskaber og egenskaber. Et sæt af værdibegreber, som formuleres i et værdigrundlag, kan langsomt transformeres til egenskaber. Samtidig kan mere eller mindre tavse erfaringskundskaber (identificeret som etiske egenskaber) ekspliciteres gennem og fungere som etiske redskaber.

Betragtes først udviklingen fra etiske redskaber til etiske egenskaber var det et tema, jeg drøftede med gruppen af sygeplejersker på begge institutioner gennem fokusgruppeinterview. At der rent faktisk eksisterer en forbindelse, blev bekræftet flere gange. Dette skete som også tidligere fremført med fagidentitet og kultur som argument. En sygeplejerske på onkologisk afd. udtrykker det således:

'Værdierne er jo en del af afdelingen. ... hvis vi tog vores hold og flyttede ned på en anden afdeling, så vil man jo være uden for deres etiske værdisæt. Altså... det er jo integreret i afdelingen. Det er ikke det nedskrevne, som vi følger... det er et eller andet udover det, som vi øh gør... og som er accepteret at gøre her og som (pauserer) ja, og som vi reagerer på, hvis ikke det bliver fulgt... hvis ikke det mærkes rigtigt'.

Vi ser her, hvordan værdibegreberne beskrives som et kulturelt afstemt element. Som nyuddannet sygeplejerske kan værdigrundlaget således ikke anvendes som et direkte redskab i de etiske situationer, men som noget jeg må dyrke gennem erfaring og samtidig afstemme med andre gennem formelle såvel som uformelle dialoger. En sygeplejerske på hospice beskriver denne proces ud fra de værdibegreber, som er formuleret i deres værdigrundlag.

Sp: 'Jeg synes, det er rigtig svært, når man starter, for der får man tudet ørerne fulde om ubetinget accept, patienten i centrum og så videre. Ja, det tog mig et par år at finde ud af, at jeg faktisk også gerne måtte sige nej en gang imellem. For jeg troede, jeg skulle rumme det hele, og jeg var frygtelig nogle gange, hvor jeg tænkte, hold da op skal jeg

også det her, og kan jeg tilbyde det... men der er jo grænser... man behøver ikke gøre vold på sig selv.

Ego: Betyder det så, at det er gennem erfaring man som ny skal finde jeres værdisæt? (Alle sygeplejersker rundt om bordet nikker eller bekræfter med et ja)

Sp: Samtidig er det noget, der kommer gennem de diskussioner vi har, hvor vi hver især sender sådan nogle prøveballoner op, hvor vi spørger 'hvad synes I om det' eller hvis jeg fremlægger et eller andet, og der så er en, der siger... 'nej nu må du lige... prøv nu at hør, det var jo ikke sådan, jeg mente det'... og det er der, jeg tror, vi bliver rustet til praksis.

Dialogen understreger den fremsatte hypotese. På den ene side kan et værdisæt som redskab ikke bruges direkte i de etiske situationer, men må dyrkes individuelt gennem erfaringer, hvor værdibegreberne langsomt rodfæstes som karakteregenskaber. På den anden side fungerer et værdisæt som et redskab til løbende afstemning af den retning, den etiske udvikling bør tage, hvilket sker gennem kollegiale diskussioner.

Fra etiske egenskaber til etiske redskaber

Erfaringer kan rodfæste sig som en karaktermæssig egenskab, men synes samtidig at kunne fungere som et redskab. Erfaringerne kan med andre ord bindes sammen som en generaliseret erfaring eller interaktion. Hvis sygeplejersken gennem hendes etiske karakteregenskaber har handlet på en signifikant måde et antal gange i de svære etiske situationer, kan disse handlinger blive et bevidst redskab i lignende situationer. Jeg udarbejdede hypotesen gennem feltstudierne, hvor jeg fik fornemmelsen af, at sygeplejersker opererer ud fra en grov inddeling af de etiske dilemmaer, som man fra tid til anden kan befinde sig i. Sygeplejersken kan så i situationen mere eller mindre bevidst blive forbundet med konglomeratet af de erfaringer, hun har haft med lignende situationer. I forbindelse med de efterfølgende fokusgruppeinterview fik jeg mulighed for at udfordre denne hypotese.

Ego: Hvordan er det mere præcist, erfaringerne kommer frem i situationen? Er det fordi I tænker over erfaringen, eller kommer erfaringen ganske enkelt bare til udtryk gennem

handling? Er det tanken, der bringer erfaringen frem, eller er det situationen, der bringer erfaringen frem?

Sp 1: Jeg deler det meget op i temaer, alt efter hvilken situation det lige er. Det er det, jeg handler ud fra. For nylig var der en pårørende, der lagde det op som et problem, at hans syge kone ikke drak den mængde væske, hun skulle. Så var det et tema ikk. Så er det det, jeg handler i.

Det er ikke et tema, sygeplejersken tænker i, men et tema sygeplejersken handler ud fra. I situationen bliver sygeplejersken associeret til en grundproblematik, ikke som begreb men som en mere eller mindre diffus tematisk overskrift, der indeholder en række handlemuligheder. En sygeplejerske bekræfter kollegaen gennem følgende udtalelse:

Sp. 2: Ja, refleksionen kommer først bagefter, indtil da er det lidt, ligesom det Tina siger, lidt de der temaer som... ja, det her det handler for eksempel om dilemmaer forbundet med obstipation, så kommer dét frem, som vi plejer at kunne gøre her.

Sygeplejerskens erfaringer kan som eksemplificeret forme et erfaringsbaseret redskab, der bringes frem i situationen. Et redskab, som let kan associeres med kognitionspsykologiens begreb om 'scripts' (Schank & Abelson 1977, Abelson 1981). Et begreb som refererer til eksistensen af en procedure- og handlingsorienteret guide i relation til specifikke situationer.

Opsummerende eksisterer der ikke en irreversibel bevægelse fra etiske redskaber mod etiske egenskaber. Det forholder sig snarere sådan, at der eksisterer en dialektisk forbindelse mellem etiske redskaber og egenskaber. I det undersøgte felt har de udvalgte sygeplejersker således behov for redskaber til at kunne finde vejen mod de rette egenskaber. Samtidig kan personegenskaber skabe en klynge af erfaringer, der kan bruges som redskab i vanskelige situationer. I første omgang kan det tolkes sådan, at etiske redskaber og etiske egenskaber fungerer som kategoriske modsætninger (refleksion/handling, eksplicit/implicit, bevidst/ubevidst). Det er imidlertid vanskeligt at spore disse dualiteter i klinisk praksis. Her ses etiske redskaber og egenskaber som

en dialektisk ophævet modsætning. I den undersøgte praksis er etik derfor et pålæg fra andre, for at sygeplejersken kan pålægge sig selv en række påbud. Samtidig vil det, hun pålægger sig selv, være noget hun mere instrumentelt pålægger andre gennem dialoger af mere eller mindre formel art. Etik udvikles således dialektisk som en pålagt egenskab indefra og som et pålagt redskab udefra.

Delkonklusion

Når sygeplejersker i det undersøgte felt befinder sig i et etisk dilemma, vil det afstedkomme en række forhold. Undersøgelsen bekræfter, at samvittigheden virker som en indre splittelse hos sygeplejersken. En splittelse hvor sygeplejersken forsøger at komme overens med sig selv i forholdet mellem ideal og virkelighed. Samvittigheden fungerer som fornemmelse, følelse eller irrationel tro, som dels bringer sygeplejersken i strid med sig selv, men som samtidig kan virke som en drivkraft, der betinger sygeplejerskens handlinger.

Når sygeplejersken eksistentielt træder frem i det etiske dilemma, viser undersøgelsen, at det grundlæggende kan ske på to måder. Enten låser sygeplejersken sig selv fast i tvivlen og bliver fortvivlet, eller også kaster hun sig selv ind i situationen og påkalder sig herigennem en række erfaringer. Førstnævnte fremtrædelsesform knytter sig i højere grad til refleksion end til handling i modsætning til sidstnævnte fremtrædelsesform, som knytter sig til handling og mindre til refleksion.

Sygeplejersker på onkologisk afd. og hospice ser egne og andres erfaringer som den vigtigste faktor i forbindelse med udviklingen af den etiske sygeplejerske. Mere konkret former sygeplejerskers egne og andres erfaringer både etiske karakteregenskaber og etiske redskaber. De etiske egenskaber og redskaber udvikles dialektisk gennem klinisk praksis.