

Dygdsetikk i møte med etiske dilemma i den kliniske kvardagen

Anne Guro Korsvoll og Kari Marie Thorkildsen

Anne Guro Korsvoll, Høgskulelektor, Høgskulen på Vestlandet, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap.

Kari Marie Thorkildsen, Førsteamanuensis, Høgskulen på Vestlandet, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap. E-post: kari.marie.thorkildsen@hvl.no

Sammendrag

Omsorgsutøvarar møter dagleg etiske dilemma, og ei innebygd handlingsforventning fører ofte til at ein må ta val basert på personleg intuisjon meir enn systematisk refleksjon. Hensikten med artikkelen er å sjå kva dygder som hjelper og styrker omsorgsutøvararen i møte med etiske dilemma i den kliniske kvardagen. Det vart gjennomført eitt fokusgruppeintervju med seks omsorgsutøvarar frå ulike avdelingar i ein sjukeheim, og data vart analysert i trå med den fenomenologisk-hermeneutiske metoden til Lindseth og Norberg. Dygder, eller fråver av desse, kjem fram i følgjande tema å sjå situasjonen i ein større heilskap, å vekse i lag med andre, å vekse i seg sjølv, å kjenne seg åleine og å søke noko anna. Dygda fronesis, der bevisstgjort og tilegna kunnskap og erfaring vert aktualisert i den enkelte situasjon, kan hjelpe omsorgsutøvararen til å stå styrka i møte med etiske dilemma i den kliniske kvardagen.

Nøkkelord:

Etiske dilemma, handlingstvang, dygder, fronesis, skjønn

Keywords:

Ethical dilemma, situations that require intervention, virtues, phronesis, discerning judgement.

Fagfelleurdert artikkel

<https://doi.org/10.7557/14.5448>



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

Introduksjon

Som omsorgsutøvarar opplever me stadig å stå i etiske dilemma. Kvar dag møter me menneske med ulike behov, og i følgje Helsepersonellova §4 (1999) skal me sikre fagleg forsvarleg og omsorgsfull helsehjelp ut frå «kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig». Dette betyr at det er opp til oss som profesjonelle omsorgsutøvarar å avgjere kven som treng hjelpa vår først og mest til ei kvar tid. Etiske dilemma er nettopp å måtte prioritere og velje mellom verdiar som ikkje er målbare. Dette er ikkje noko nytt innan helse- og omsorgssektoren, og det finst etiske refleksjonsmodellar utarbeidd til bruk i helsevesenet. Eit døme er SME-modellen, Senter for Medisinsk Etikk-modellen, (Nortvedt, 2016) som har til hensikt å systematisere og strukturere refleksjon i møte med etiske dilemma. Modellen består av seks steg der ein først finn ut om problemet er fagleg eller etisk. Ein finn så relevante fakta og opplysningar i tillegg til å definere kven som er berørte parter i saka. Vidare vert aktuelle verdiar, lover- og retningslinjer kartlagt. Målet er at ein skal kome fram til aktuelle handlingsalternativ basert på etisk refleksjon der ein til slutt kan vurdere og prioritere dei ulike alternativa opp mot kvarandre og følgjeleg finne beste løysing. Liknande tilnærming finn ein i Volbrech sitt rammeverk nytta av Ayyub (2015) og Pacsi (2008), men i følgje Lillemoen (2013) må refleksjonprosessen rundt det etiske dilemmaet skje uavhengig av handlingstvungen i sjølve situasjonen. Dette er ikkje alltid enkelt då den kliniske kvardagen har ei ibuande forventning om handling her og no. Ofte må ein ta val og handle utan tid til lengre refleksjon, og vala ein tek i slike vanskelege situasjonar vert dermed gjerne basert på personleg intuisjon meir enn systematisk refleksjon.

Personleg intuisjon i situasjonar med handlingstvang kan forklarast som personlege eigenskapar, eller dygder. Dygd er eit grunnbegrep i all gresk etikk, og begrepet tyder å vere i sin beste tilstand og å virke på sitt beste (Aristoteles, Stigen & Rabbås, 2013). Dygdene er haldningar som gjer oss i stand til å velje middelvegen mellom to laster, der til dømes dygda mot er middelvegen mellom å vere feig og fryktlaus (Aristoteles et al., 2013). Etikk har alltid vore sentralt i helse- og omsorgssektoren, og Aristoteles sin dygdsetikk er ofte brukt som rammeverk og innfallsvinkel. Dygdsetikken fokuserer på at menneske skal vere og handle godt heller enn å gjere rett eller handle ut frå plikt. Näsman (2010) forklarar dygdsetikken som aktørsentrert og handlingsorientert, noko som gjer han aktuell i samband med omsorgsutøving og handlingsforventning i den kliniske kvardagen. I følgje Aristoteles et al. (2013) er mot og besinning viktige moralske dygder, og desse er også døme på dygder i omsorgsutøving i dag. Anerkjennning og bevisstgjerjing av dygdene hos omsorgsutøvarar er i følgje Molewijk, Kleinlungtenbelt og Middershoven (2011) og Näsman, Nyström og Eriksson (2012) med på å betre kvaliteten på omsorgsutøvinga. Styrken til dygdsetikken er at den etiske vurderinga tek utgangspunkt i kvar enkelt situasjon, og omsorgsutøvarar bør vere klar over og bevisst dei ulike dimensjonane i etiske dilemma og ta avgjersler basert på moralsk

kompetanse heller enn enkelte etiske prinsipp (Cook, Mavroudis, Jacobs og Mavroudis, 2015). Ei liknande tilnærming finn ein hos Martinsen (2012) der omsorgsutøvarer må vurdere og skjønne eit etisk dilemma ut frå det ho kallar den etiske treklangen der dei suverene livsyttringane, den etiske fordringa og dei kulturelle normene spelar saman og påverker kvarandre i ulik grad og på ulik måte. Dygda fronesis, det vil seie klokskap eller skjønn, kan forklarast som ei sameining av ulik kunnskap slik at ein ser situasjonen i ein større samanheng og bruker heile seg for beste løysing. Fronesis er i følgje Aristoteles et al. (2013), Alvsvåg (2013), Alvsvåg og Martinsen (2018) og Jenkins, Kinsella og Deluca (2019) den mest hensiktsmessige dygda i møte med etiske dilemma.

Dygdsetikk er som nemnd inga ny tilnærming i møte med etiske dilemma i helse- og omsorgssektoren, men som Brinchmann, Moe, Valvik, Balmbra, Lyngmo og Skarbø (2019) poengterer i sin studie, er litteratur relatert til dygdsetikk i profesjonell praksis hovudsakleg filosofisk. Ein bør difor prøve å gjera dygdetikken meir tilgjengeleg for omsorgsutøvarar i praksis, og forsøke å synleggjera korleis den kan komma til syne og kan nyttast i dagens omsorgspraksis. Hensikten med denne studien er difor å søkje ei djupare forståing for kva dygder som hjelper og styrker omsorgsutøvarer i møte med etiske dilemma i den kliniske kvardagen.

Metode

Lindseth og Norberg (2004) si fenomenologisk-hermeneutiske metode vart vald då metoden er utarbeidd nettopp for å undersøke korleis sjukepleiarar og legar står i etisk utfordrande omsorgssituasjonar. Metoden byggjer på Ricoeur (1976) si fenomenologisk-hermeneutiske tenking, og har til hensikt å utvikle kritisk refleksjon som kan revidere, utvide og utdjupe bevisstheita vår. Gjennom tilegning av ny innsikt og forståing, vil ein også kunne endre haldning og handling i møte med fenomenet.

Utval og rekruttering

Rekruttering av informantar innan helsevesenet kan vere utfordrande då arbeidskvardagen er travel og ofte med ulike arbeidstider. Inklusjonskriteria for informantane var at dei var omsorgsutøvarar i kommunehelsetenesta, og med hensyn til logistiske utfordringar, valde me å rekruttere informantar frå ein institusjon då det opna for å få informantar frå ulike avdelingar med ulike utfordringar på same arbeidsplass. Me la også opp til å møte informantane på arbeidsplassen deira i arbeidstida for å gjere det så enkelt som mogleg å ta del i studien. Det var difor naturleg å be einingsleiar om å foreslå aktuelle informantar ut frå turnus. På denne måten vart utvalet strategisk og tilfeldig. Samstundes risikerte me at leiar spurde tilsette som delte hennar syn, og at informantane kunne kjenne press på å vere lojal til leiinga. Det vart difor poengtert i informasjon- og samtykkeskjema at studien er eit sjølvstendig prosjekt. Me var også bevisst på å

ikkje legge føringar for profesjon i utvalet då studien er eit omsorgsvitskapeleg arbeid og ikkje relatert primært til sjukepleie. Me definerer informantane i utvalet som omsorgsutøvarar, det vil seie personar som utøver omsorg i ein profesjonell samanheng uavhengig av profesjon. Utvalet besto til slutt av seks omsorgsutøvarar frå ulike avdelingar. Det var eit bevisst val at me som forfattarar ikkje visste kva profesjon den enkelte informanten hadde og kva avdeling vedkomande tilhørde. Alle var kvinner med lang erfaring innan pleie og omsorg.

Datasamling og praktisk gjennomføring

Datasamlinga vart gjennomført som eit fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervju er ei hensiktsmessig tilnærming for å innhente kunnskap om erfaring, haldning og synspunkt i miljø der mange menneske samhandlar (Malterud, 2013, s. 133). Intervjuet varte i ca 50 minutt og vart teke opp på lydband og transkribert ord for ord.

Metode for analyse

Datamaterialet vart analysert i trå med Lindseth og Norberg (2004) si fenomenologisk-hermeneutiske metode som består av tre steg; *naiv tekst*, *strukturell analyse* og *omfattande forståing*. Me kom fram til den naive teksten ved å lese den transkriberte teksten mange gonger for å prøve å få ei heilskapleg forståing. Den naive teksten er ein autonom tekst som beskriv datamaterialet og skal i følgje Lindseth og Norberg (2004) ha ei fenomenologisk tilnærming og uttrykkjast i eit kvardagsleg språk. Lindseth og Norberg (2004) vektlegg den naive teksten då den er utgangspunkt for validering i metoden. I den strukturelle analysa finn ein meningseiningar basert på den naive teksten og kondenserer desse, for så å finne subtema og deretter tema ut frå fellestrekk. Sjå døme på dette i tabell 1.

Tabell 1. Døme frå den strukturelle analysa

Meiningseining	Kondensering	Subtema	Tema
Ja, og så synest eg alt blir mykje lettare etter den paragraf 4 kom, der faktisk du må inn til fylkeslegen, og få ein godkjenning på egentlig det me gjer. Eg har ikkje så masse dårlig samvittighet no når eg går heim som eg hadde før. For der blir jo alt skrive til punkt og prikke kva me gjer i gitte situasjonar. Det er fleire som har vurdert kva som er den beste løsninga..	Mindre dårleg samvit og lettare etter paragraf 4 der fylkeslegen godkjenner det ein faktisk gjer.	Å følge reglar Å verte bekrefte	Å sjå situasjonen i ein større heilskap Å vekse i lag med andre
	Fleire som har vurdert kva som er beste løysing.	Å kjenne fellesskap	Å vekse i lag med andre
	Me har jo fleire oppe hos oss óg som må skjermast. Og det med pårørande som ikkje skjønne kvifor me må skjerma, og så prøver du óg liksom, kor mykje skal me fortelle kva han har gjort? Me óg skjerma, og der er det jo pasienten sjøl som ikkje forstår kvifor, sant? Nei, dei gjere ikkje det, veit du!	Pasientar og pårørande forstår ikkje kvifor ein skjermar. Kor mykje skal ein fortelje.	Å bli misforstått Å trekkast i ulike retningar

For ei meir heilskapleg oversikt med tanke på likskap og ulikskap innan subtema, valde me å setje desse inn i nytt skjema før vidare strukturering, sjå tabell 2. Subtema vart delt inn som kjenslemessig positive, negative eller nøytrale, og vidare ut frå om det handla om å vere i relasjon med andre (R) eller i relasjon med seg sjølv, såkalla eigenutvikling (E). Struktureringa basert på kjenslemessig ladning vart vald for å vise korleis dygder, eller fråver av desse, kan vise seg og kome til uttrykk i eit kvardagsleg språk. Dygder trer fram i subtema med positiv lading medan subtema med negativ lading vitner om eit fråver og sagn av dygder. Til slutt vart subtema strukturert som tema, og i tabell 2 ser ein prosessen for val av tema der den endelege ordlyden er markert med feit skrift. Me har bevisst vald å formulere subtema og tema som handlingar, til dømes å kjenne seg trygg heller enn tryggleik, då dygder i praksis nettopp framstår i handling. Handlingane vitner om dygder, og desse vert beskrive i resultatet. Den naive teksten og den strukturelle analysa vert presentert i resultatdelen. Omfattande forståing, som er siste steg i

analysa, er slått saman med diskusjonen der tema vert oppsummert og sett i lys av aktuell teori, tidlegare forskning og eigen forforståing.

Tabell 2. Oversikt subtema og val av tema

Subtema kjenslemessig positiv lading	Subtema kjenslemessig nøytral lading	Subtema kjenslemessig negativ lading
<p>Å verne om andre (R) Å forklare andre (R) Å sjå seg sjølv (E) Å lære (E) Å få stønad frå andre (R) Å verte bekrefta (R) Å kjenne fellesskap (R) Å kjenne seg trygg (E) Å la pasienten leve eige liv (R) Å endre handling (E) Å lykkast/vere der ein vil (E) Å bli forstått (R) Å sjå den andre (R)</p> <p>Tema</p> <p>Å vekse i lag med andre (R) Å vise omsorg (R) Å vere i ein relasjon (R)</p> <p>Å vekse i seg sjølv (E) Å finne seg sjølv (E)</p>	<p>Å reflektere over konsekvensane</p> <p>Å følge reglar</p> <p>Tema</p> <p>Å vurdere handlingsalternativ Å sjå situasjonen i ein større heilskap Å forhalde seg til ytre rammer</p>	<p>Å kjenne ubehag (E) Å trekkast i ulike retningar (E) Å vere i noko ein ikkje vil (E) Å bli misforstått (R) Å handle/stå åleine (-R)</p> <p>Tema</p> <p>Å vere åleine (R) Å kjenne seg åleine (R)</p> <p>Å vere i uvissa (E) Å søke noko anna (E)</p>

Forskingsetikk

Studien vart godkjent av Norsk senter for forskingsdata, NSD, prosjektnummer 59981, og er gjennomført i trå med Helsinkideklarasjonen sine forkingsetiske prinsipp (WMA, 2018, punkt 1-37). Alle deltakarane fekk munnleg og skriftleg informasjon om prosjektet og signerte samtykkeskjema i forkant av intervjuet. Det vart poengtert at all informasjon ville bli anonymisert, at eventuell deltaking var frivillig og at ein kunne trekke seg og sine data kor tid som helst. Det var berre førsteforfattar som hadde tilgang til lydmaterialaet, og lydfile vart sletta i trå med krav om personvern frå NSD. Me har vore særleg merksam på prinsippet om anonymitet og personvern då datamaterialet i kvalitative studier ofte vert personleg og sensitivt, jamfør Malterud (2013, s. 204). Fokus har vore innhaldet i utsegna, og ikkje kven som har sagt kva om kven.

Resultat

Datamaterialet vert først presentert med ei fenomenologisk tilnærming som naiv tekst.

Naiv tekst

Informantane skildrar etiske dilemma som situasjonar der det finst ulike svar og ulike løysingar fordi pasientar, pårørande og pleiarar har ulike meiningar. Dei opplever slike situasjonar ofte som ubehagelege og dumme, dei kjenner på motstridande kjensler der dei føler dei gjer rett, sjølv om dei gjer det mot pasienten si vilje. Det store ubehaget i situasjonen fører til at informantane reflekterer over situasjonen og handlingane dei gjer. Yngre kollegaer har gjerne ikkje den same tryggleiken og erfaringa som trengs for å handle i desse situasjonane. Tryggleiken kjem av erfaring og læring over tid. Etter paragraf 4A (i pasientrettighetslova) kom, har informantane utført desse handlingane med mindre dårleg samvit då dei veit at handlingane er vurdert og godkjent av fylkeslegen. Stønad og forståing frå kollegaer opplevast som godt i vanskelege situasjonar. Informantane får hjelp til å akseptere det som skjedde og legge det vekk. Det er viktig at leiinga set av tid til refleksjon slik at ein får utløp for dei vanskelege kjenslene og opplever stønad, forståing og bekrefting frå kollegaer. Dei treng også å utveksle erfaring i tillegg til å få nye innspel, idear og gode råd. I etiske dilemma er det mange hensyn å ta, og informantane kjenner på forventning om handling. Erfaringsmessig kan denne forventninga vere ulik, og dei opplever å verte meir bevisst og lære av kvarandre gjennom å jobbe med ulike pasientgrupper. Løysinga står gjerne ikkje i læreboka. Ein er kreativ, bruker livserfaring og lærer av kvarandre med hovudfokus på tryggleik og verdigheit. Vanskelege situasjonar som løysast på ein god måte, vert beskrive med at informantane klarer å bruke dei rette orda i møte med pasienten, at «ein treff» og har «ein god tone». Dei opplever å ha ei god kjensle under og etter situasjonen. Det er viktig at dei er tilstades og jobber seg inn i situasjonen, ser og møter pasienten, skaper tryggleik og tillit gjennom tilnærming og avleiing frå uønska handlingar. Det er krevjande og dei bruker mykje energi, dei må vere bevisst kva ord dei bruker og vise ro i situasjonen sjølv om dei kanskje ikkje kjenner indre ro sjølv. Det er også viktig å kjenne pasienten slik at dei har ei forståing for kva akkurat han opplever som livskvalitet. God kjemi med pasienten er viktig, og det er naturleg at ein har betre kjemi med nokre enn andre. Difor er det viktig å vere klar over, og glad for, at nokre pasientar søker andre kollegaer heller enn ein sjølv og omvendt. Nokre pasientar krev ein heile tida, og informantane opplever det som vanskeleg då dei ved å prioritere ein pasient, vel vekk ein annan. Dei veit at denne pasienten treng tid, og om dei stressar vil det berre ta lengre tid, men samstundes er det også andre som treng hjelp. Ein har ikkje all verda med tid, og då er det viktig å hugse på dei som ikkje krev så mykje når anledningen byr seg. Det er veldig viktig at også dei vert sett.

Strukturell analyse

Resultata frå den strukturelle analysa vert presentert som fem tema der dygdene, eller fråver av desse, kjem til syne hos omsorgsutøvarer.

Å vekse i seg sjølv

Dygda tryggleik går igjen som ein viktig faktor for å stå styrka i vanskelege situasjonar, og ein av informantane beskriv det slik:

eg trur det er viktig óg det der å visa at for det om ikkje kanskje eg er heilt trygg, så vise at eg er trygg på det som er... Viss eg skal hjelpa nokon, og dei ser at eg er litt usikker, så er jo løpet kjørt, tenker eg... Utad virke roleg og trygg.

Informanten veit at tryggleik er ein nøkkelfaktor for å lykkast, og sjølv om ho ikkje er så trygg som ho skulle ønske, prøver ho bevisst å tilnærme seg situasjonen med kunnskap om kva som skal til for å få den optimale løysinga. Her nyttar informanten i tillegg dygdene evne til innsikt og innleving som hjelp og styrke til å stå i ein vanskeleg situasjon.

I tillegg til tryggleik opplevast erfaring som ein styrke og hjelp for informantane i møte med etiske dilemma. Den eine beskriv det slik:

Og den tryggheten da, sant, som kjem med erfaring, er noko ein lærer masse av, sant? Eg har opplevd hvertfall som, i forhold til å vere nyutdanna da du liksom gjerne vil ha eit papir der det står gjør sånn, dette er riktig i denne situasjonen. Og det, det går jo ikkje. Men etterkvart så har du henta inn litt sånn og sånn og sånn, også, så blir ein tryggare...

Informantane opplever eigenutvikling gjennom å lære, endre handling og sjå seg sjølv i samspel med andre og i ein konkret kontekst. Eit døme på dette er informanten som prøver å sjå seg sjølv i situasjonen, og til ei kvar tid å gjere så godt ho kan:

Det kan jo bare vere eit spørsmål det, kvifor ordla eg meg på den måten? Det, det var veldig dumt å sei. Men eg tenker óg at det er litt godt at eg på ein måte innser sjølv at eg, nå brukte eg et dårlig spørsmål, at eg kan lære av det. At eg kan unngå det neste gong, forhåpentligvis.

Å vekse i lag med andre

Handlingar og haldningar vert skapt i relasjon med andre, og omsorgsutøvarar vil alltid samhandle med pasientar, pårørande og kollegaer. Etiske dilemma oppstår gjerne i situasjonar der pasienten ikkje vil ta imot hjelp, og omsorgsutøvarer må vurdere kor naudsynt det er å få gjennomført helsehjelpa samstundes som ein ivaretek pasienten sin autonomi og oppleving av verdigheit. Dygdene mot, tolmod og evne til innleving og samhandling kjem til syne hos informantane gjennom å vere til stades i situasjonen, vise ro og tolmod i møte med pasienten og klare å skape

ein god tone med vedkomande. Ein ser den andre og kjenner fellesskap, noko som igjen gjer at ein vert bekrefta og forstått:

For det er jo ikkje alltid, og du må jo liksom jobba deg litt inn... Du må liksom vege dine ord, sant? Seier du eitt feil ord, så kan det vere det som var grunnen til at ting gjekk skeis... Så var gjerne ikkje det ordet feil i går, men det blei feil i dag, sant? Så viss du då kan koma ut av det stellet og føla at; ikkje blei han sint og han fekk gjort alt han skulle, og... Då er jo det ein veldig god følelse!

Felles for dei positive opplevingane i møte med etiske dilemma er fellesskap. Oppmuntring og stønad frå kollegaer er viktig når ein opplever å ikkje strekke til i samhandling med pasientar. Slik kan det kollegiale fellesskapet snu ei kjensle av å mislykkast til eit utgangspunkt for læring og eigenutvikling. Å vekse i lag med andre kjem også til uttrykk i form av å verne om andre, å sjå den andre og la pasienten leve sitt eige liv.

Å kjenne seg åleine og Å søke noko anna

Opplevinga av å kjenne seg åleine og å føle ubehag i situasjonar der ein vert trekt i ulike retningar, er felles for dei vanskelege situasjonane. Ein av informantane beskriv ubehaget ho opplever då ho matar ein pasient som ikkje opnar munnen.

Ja, og kor mykje forstår dei sjølv, av at dei ikkje opnar munnen? Ja, det er nett da... Er det bevisst, eller er det ubevisst...? Kanskje lukker han munnen igjen for han ikkje vil meir, og så står eg der med den der tutekoppen og tømmer inn i vika sånn at han må svelga, det er forferdelig ubehagelig. Det er forferdelig, men eg tenker óg, eg veit jo at han svelgt og tørste viss eg ikkje gjer det.

Informanten beskriv det etiske dilemmaet i situasjonen der pasienten sin rett til å bestemme over eige liv ikkje samsvarar med forsvarleg helsehjelp, og her er informanten heller ikkje sikker på om pasienten forstår konsekvensen av å ikkje ta imot helsehjelpa. Kjenslene gjer informanten klar over at ho står i eit etisk dilemma, dei vekker eit ubehag som fordrar til handling. Ubegaget av å stå i etiske dilemma kan også karakteriserast som fråver av dygder, som til dømes fråver av tryggleik og manglande kjensle av fellesskap og samhandling.

Det er ikkje alltid enkelt å sjå kva som er den beste løysinga til ei kvar tid når fleire verdiar står på spel, men gjennom erfaring, bevisstgjering og refleksjon vert ein tryggare på kva som er mest riktig å gjere sjølv om handlinga ikkje alltid følgjast av ei god kjensle. Ein av informantane beskriv det slik:

Og da kjem ein kollega av meg, som er mange år yngre enn meg og har ikkje den erfaringen, kjem ho springande inn til meg, så seie ho: Åh, kva skal me gjera!? No fer han og kjefta og skjelle ut den eine og den

andre, og då må du berre, men det går på erfaring óg, sant? Og du må gå ut, og du må vere litt hard og sei at no må du komma her! Detta går ikkje an. Men det er jo ikkje kjekt! Det er forferdelig ubehagelig. Og då sit du etterpå óg å tenker; åh, handla me rett no? Altså, kva burde me gjort annleis? Men me erfare jo at me gjere jo ofte rett, har me funne ut. Me kunne ikkje gjort ting annleis.

Å sjå situasjonen i ein større heilskap

Informantane fortel at dei heile tida prøver å finne beste løysing for pasientane i kvar enkelt situasjon. Handlingsalternativ vert diskutert i kollegiet for å sikre at fleire vurderer situasjonen. Ulike vinklingar og faglege ståstader sikrar at flest mogleg handlingsalternativ vert vurdert. Ein er bevisst og reflekterer over konsekvensane dei ulike situasjonane medfører. Reglar opplevast som gode støttespelarar i vanskelege situasjonar:

Ja, og så synest eg alt blir mykje lettare etter den paragraf fire kom, der faktisk du må inn til fylkeslegen, og få ei godkjenning på egentlig det me gjer. Eg har ikkje så masse dårlig samvittighet no når eg går heim som eg hadde før. Det er fleire som har vurdert kva som er den beste løsninga...

Samstundes legg tilgjengelege ressursar, som tid og personale, føringar for vala ein tek. Ein av informantane forklarar det slik:

Så har du jo nokon som krev meir heile tida, sant? Og då går det jo på bekostning av andre. Det er klart at prioritere du opp ein pasient, så vil du samtidig óg prioritera ned ein annan pasient.

Kjennskap til pasienten og fokus på individuell tilnærming er sentralt. Ein vurderer situasjonen her og no, og ein lar erfaring og kreativ tilnærming vere like relevant som fagleg forankring for å finne beste løysing. Dette kan forklarast som praktisk klokskap, dygda fronesis, der ein konkretiserer og gjer «det gode» verkeleg i kvar enkelt situasjon. Eit døme er det etiske dilemmaet informantan opplever å stå i ovanfor pasienten som stadig står opp om natta for å ta på seg skoa. Situasjonen krev handling her og no då uro kan øydelegge nattesøvnen for både pasienten og medpasientane, og «enklaste» løysing kan vere å ty til beroligande medikament. Dette vil kanskje hjelpe pasienten på kort sikt, men er ikkje ei optimal løysing då beroligande medikament kan påføre ytterlegare lidning i form av auka fare for fall og redusert søvnkvalitet. Informanten vurderer handlingsalternativa medan ho står i den konkrete situasjonen, og vel ei løysing, som ikkje står i noko lærebok, men som er enkel, kreativ og basert på praktisk klokskap, nemleg å la pasienten sove med skoa på.

Omfattande forståing og diskusjon

Dygder i omsorgsutøveren

Studien set fokus på omsorgsutøvar og kva dygder som kan hjelpe og styrke henne i møte med etiske dilemma i den kliniske kvardagen. Temaet *å vekse i seg sjølv* viser korleis omsorgsutøveren søker eigenutvikling for å stå styrka i møte med etiske dilemma. Ho ser seg sjølv i den aktuelle situasjonen og i samspel med andre, lærer og endrer handling for å utvikle seg og til ei kvar tid gjere så godt ho kan. Dette finn ein igjen i Aristoteles sin dygdsetikk der ein først er dygdig når ein bevisst handlar til beste for seg sjølv og andre (Aristoteles et al., 2013). Dygdsetikken er både haldning- og handlingsorientert, og dette vert avspegla i den kliniske kvardagen til omsorgsutøveren. Näsman (2010) forklarar dygd som eit indre, subjektivt og prisverdig karaktertrekk, ein idealmodell for handling som får omsorgsutøveren til å ville den andre vel. *Å vekse i seg sjølv* kan ut frå dette forståast som å vere i sin beste tilstand, altså å vere dygdig. Føresetnaden for å kunne sjå seg sjølv, vite kvar ein er og kor ein ønsker å vere i kvar enkelt situasjon, krev ikkje berre ei, men fleire dygder. I vanskelege situasjonar er det nokre dygder som trer fram hos informantane. Ein må ha mot til å tre inn og stå i den vanskelege situasjonen med tryggleik og ro. Desse dygdene samsvarar med det Aristoteles trekk fram som nokre av dei viktigaste moralske dygdene; mot og besinning (Aristoteles et al., 2013).

Å vere trygg i seg sjølv fell saman med det Eriksson (2003) forklarar som etos. Etos tyder opprinneleg heim, eller å kjenne seg heime, der ein nettopp er trygg, sterk og modig. Etos reflekterer verdiane hos eit menneske, og i situasjonar der ulike verdiar står på spel, kan det hjelpe omsorgsutøveren å vere klar over og bevisst eige etos slik at ho klarer å vere trygg, sterk og modig. Ham (2004) meiner bevisstgjerjing av verdiar og etisk refleksjon vil gjere omsorgsutøveren tryggare i møte med etiske dilemma.

Kjensla av ubehag er felles for dei dårlege opplevingane informantane hadde i møte med etiske dilemma. Ubehaget er med på å gjere omsorgsutøveren klar over og bevisst på at ho er i ein vanskeleg situasjon, og ho vert motivert å finne ei løysing. Ei bevisstgjerjing og anerkjenning av kjenslene si rolle i moralske avgjersler, er i følge Molewijk et al. (2011) med på å betre kvaliteten på omsorgsutøving. Kjenslene påvirker haldning og handling hos omsorgsutøveren, og gjennom å forstå og reflektere over kjensleaspektet i etiske dilemma kan ein betre finne ein kjenslemessig middelveg og utøve klinisk etikk på ein respektfull og kreativ måte. Betring av kvalitet i omsorgsutøvinga er også fokus hos Näsman et al. (2012) då dei ser på samanhengen mellom dygd, etikk og kvalitet. Dygd er ei menneskeleg kraft som klargjer vedkomande si evne til å utvikle seg mot det gode, det sanne og

det skjønne, og Näsman et al. (2012) meiner difor at omsorgsutøving prega av dygd gjer vegen til det gode, det sanne og det skjønne synleg for pasienten.

Etikk er i følge Näsman (2010) noko som kan vere annleis, og ein vil difor ikkje finne fasitsvar på etiske dilemma. Dygd inneber å vere til stades i situasjonen og skape ein god tone med pasienten, noko som krev unik tilnærming for kvart møte. Dette er også utgangspunktet i det Eriksson (2013) kallar omsorgsetikken sitt mantra. Etikken skjer "her og no", er alltid i rørsle og alltid i relasjon. Omsorgsutøveren tek utgangspunkt i eige etos i møte med menneske i den aktuelle situasjonen i tid og rom. Denne etiske rørsle gjer mennesket ansvarleg, noko Eriksson (2013) kallar arête der ein bevisst tek ansvar for det gode i møte med andre menneske.

Dygder i relasjonen

Studien viser at ein som omsorgsutøvar kan hente styrke og hjelp til å stå i etiske dilemma gjennom å anerkjenne og verte bevisst korleis ein er og handlar på ein modig og trygg måte, og at det er i møte og relasjon med andre at ein utvikler og utøver desse dygdene. Tema *å vekse i lag med andre* poengterer nettopp relasjonen som sentral i dei gode opplevingane knytt til etiske dilemma. Stønad frå kollegaer kan snu ei oppleving av å ha mislykkast, til læring og vekst gjennom refleksjon og bekrefting. Dygder vert i følge Aristoteles utvikla i ein sosial samanheng der ein gjer dygdene til sine egne gjennom praktisk øving, noko som krev tid og erfaring (Randers & Mattiasson, 1999). Ham (2004) fann derimot at erfaring ikkje hadde signifikant betydning for sjukepleiarar si evne til refleksjon rundt etiske dilemma, men konkluderer med behov for bevisstgjerung og utvikling for å verte trygg i praksis. Denne studien viser at erfaring utgjer grunnlaget for vurdering og refleksjon for beste løysing i ein vanskeleg situasjon. Ein av informantane beskriv kva rolle erfaring spelar når handlingstvangen gjer seg gjeldande. Ein har ikkje tid eller anledning til å trekke seg tilbake og reflektere når ein pasient utagerer ovanfor andre pasientar og pårørande. Den mindre erfarne omsorgsutøveren kjenner fortvilninga og ubehaget i situasjonen og veit ikkje kva ho skal gjere og søker hjelp frå andre kollegaer. Den erfarne omsorgsutøveren trer umiddelbart inn i situasjonen, og eit bekräftande blick til ein anna erfaren kollega er nok for å vere trygg til å handle der og då. Ubegagat er også tilstades hos den erfarne omsorgsutøveren, og ho fortel om undring og refleksjon i ettertid om ein gjorde det som var rett. Erfaringa spelar ei intuitiv rolle i den aktuelle situasjonen grunna handlingstvangen, men kunnskapen og klokskapen innebygd i erfaringa vert utvikla kontinuerleg gjennom refleksjon og bevisstgjerung. Dette samsvarar med det Cook et al. (2015) kallar ei dialektisk kunnskaps- og erfaringsutveksling mellom kollegaer, ein framgangsmåte dei meiner er mest hensiktsmessig for å utvikle moralsk kompetanse i ein klinisk kvardag.

Informantane opplever refleksjonsgrupper som positivt, då det gjev rom for å diskutere vanskelege situasjonar i kollegiet. Ein ønsker å sikre beste handlingsalternativ gjennom å dele erfaring, kunnskap og kreativitet. Informantane opplever det som ytterlegare betryggande dersom dilemmaene vert teke opp med andre faggrupper. Effekten av ei slik tilnærming, vert bekrefta av Chou, Kwan og Hsin (2016) som har sett på korleis interprofesjonell læring opnar for fleire perspektiv og meir tverrfagleg tilnærming i møte med etiske dilemma. Det kollegiale fellesskapet fungerer som ein arena der informantane vert bevisst haldninga og handlinga si gjennom diskusjon og refleksjon med andre. Motsatsen er å kjenne seg åleine, å mangle kjensla av fellesskap, noko som går igjen i opplevinga av vanskelege situasjonar hos informantane.

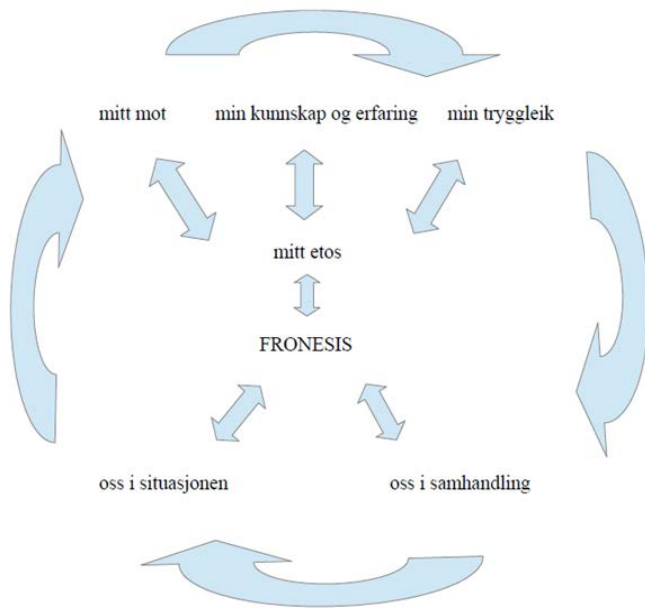
Relasjon omfattar ikkje berre omsorgsutøveren sitt fellesskap med kollegaer, men også med pasientane. Näsman (2010) og Eriksson (2013) beskriv idealet for omsorgsetikk og omsorgutøving i relasjon, der omsorgsutøveren tek ansvar for det gode i møte med pasienten. Brinchmann et al. (2019) poengterer at dygder ikkje berre opptre hos det enkelte individet, men også i relasjon med andre, og at dygdene som opptre i ei gruppe er like avgjerande som dygder på eit individuelt nivå. Ein dydig omsorgsutøvar har evne til innleving, tolmod, humor, er venleg og utstråler tryggleik i møte med pasienten, skriv Näsman (2010). Desse dygdene har fleire fellestrekk med korleis informantane beskriv kjenneteikna for gode opplevingar i møte med etiske dilemma. Ein må vere til stades i situasjonen, vise ro og tolmod ovanfor pasienten og skape ein god tone med vedkomande. Ein dydig omsorgsutøvar vil oppleve å vekse i lag med pasienten og skape ei god oppleving både for pasienten og seg sjølv. Det kan vere ulik oppfatning om ein kan kalle relasjon, fellesskap og erfaring for dygder eller eigenskaper hos omsorgsutøveren, men funna viser at desse faktorane er relevante, og kanskje avgjerande, for at omsorgsutøveren skal kunne verte tryggare og modigare og dermed hjelpe og styrke henne i møte med etiske dilemma.

Dygder i den kliniske kvardagen

Erfaring og kreativ tilnærming i vanskelege situasjonar er sentralt for informantane. Ein står ofte i situasjonar der fagleg kunnskap ikkje gjev eintydige svar, og ein må raskt ta inn kva som skjer her og no, hente fram kjennskap til pasienten og trekke inn erfaring for å finne beste handlingsalternativ. Tilnærminga i dømet med pasienten som ikkje fann nattero og til slutt fekk legge seg med skoa på, kan kallast klokskap, eller fronesis. Fronesis er ei samlebetekning for kunnskap, erfaring og innsikt i kvar enkelt situasjon (Randers & Mattiasson, 1999). Aristoteles løfter fram klokskap som den viktigaste intellektuelle dygda når det gjeld etiske føremål (Aristoteles et al., 2013). Klokskap er eit komplekst begrep og innebær i følgje Alsvåg (2013) mot, kreativitet og å vere god. For å oppnå klokskap i den kliniske kvardagen må ein vere til stades i situasjonen og open for inntrykk. Ein treng også fagleg og forskingsbasert kunnskap for å forme inntrykka og gjere dei profesjonelle

i staden for private. Vidare treng ein erfaringsbasert kunnskap som gjer det mogleg å samanlikne situasjonen ein står i med liknande tilfelle ein har opplevd tidlegare. Alvsvåg (2013) kallar denne framgangsmåten innsiktsbasert profesjonell praksis der ein «doserar» dei ulike kunnskapsformene ut frå kvar enkelt situasjon. Situasjonen er i følge Martinsen (2012) utgangspunktet for vurderingar av etiske dilemma, og bevisstgjerjing av gjentakande fellesstrekk vil kunne hjelpe omsorgsutøveren til å stå styrka, modig og trygg i vanskelege situasjonar. Alvsvåg og Martinsen (2018) meiner fronesis, eller praktisk klokskap, kan vere vanskeleg å definere, men dygda viser seg på ulike måtar og med ulike kjenneteikn gjennom å konkretisere og gjere «det gode» verkeleg i kvar enkelt situasjon. Klokskap vert dermed ei bevisstgjerjing og refleksjon hos omsorgsutøveren der vedkomande søker å vere i sin beste tilstand. På denne måten vert fronesis eit uttrykk for genuin kunnskap hos omsorgsutøveren, og kan i følge Brinchmann et al. (2019) ikkje kopierast av andre, men må utarbeidast og øvast opp av kvar enkelt. Vidare innebærer klokskapen at ein har kunnskap om kva som skal til for å oppnå det gode, i tillegg til at ein klarer sjå seg sjølv med styrker og svakheiter. Dette vert utvikla over tid, noko ein ser igjen i studien under tema *å vekse i seg sjølv, å vekse i lag med andre* og *å sjå situasjonen i ein større heilskap*. Jenkins et al. (2019) ser fronesisbegrepet i ein moderne kontekst, og dei meiner fronesis kan fungere som ei ledestjerne innan praksis for å halde fast ved menneskelege verdiar i ein klinisk kvardag med teknologiske og økonomiske krav. Jenkins et al. (2019) poengterer at etiske dilemma alltid vil vere knytt til uvisse, men at fronesis vil styrke omsorgsutøveren til å stå i denne uvissa og hjelpe henne til å handle konstruktivt i møte med etiske dilemma.

Me har forsøkt å finne svar på korleis dygdsetikken kan fungere som etisk beredskap, og me meiner dygda fronesis, praktisk klokskap, kan hjelpe og styrke omsorgsutøveren i møte med etiske dilemma. Fronesis rommer mange komponentar, og me vil difor prøve å visualisere det me meiner er hovudtrekka i modell 1, slik at fronesis kan vere eit konkret verktøy i den kliniske kvardagen.



Modellen er svært enkel då dygder ikkje opptreer likt hos alle, men er eigenskapar eller karaktertrekk som kvar enkelt må verte bevisst og utvikle i seg sjølv og i samspel med andre. Dygda fronesis vil difor framtre ulikt for den enkelte, men samstundes ha fellestrekk, og det er desse som dannar modellen. Som Aristoteles seier, er det ikkje nok å vite kva fronesis, praktisk klokskap, *er*, ein må *handle* klokt (Aristoteles et al., 2013). Dette innebærer at klokskap må tilegnast, at kvar enkelt må gjere kunnskapen og erfaringa til si eiga, slik at dette ”nye” vert ein del av eige etos. Dygder vert dermed ei kraft, eller ei ledestjerne, på vegen mot det gode, både for seg sjølv og andre.

Metoderefleksjon

I følge Malterud (2013, s.17) er relevans, validitet og refleksivitet grunnleggjande føresetnader for vurdering av vitenskapelig kunnskap. Tema etiske dilemma har historisk forankring i tillegg til å vere aktuell i dag, og me meiner difor studien er relevant. Den fenomenologisk-hermeneutiske metoden sikrar, slik me ser det, validitet i form av gyldige svar på problemstillinga og moglegheit for generalisering av kunnskap då metoden i seg sjølv er ei dialektisk rørsle mellom korleis deltakarane opplever etiske dilemma og korleis denne kunnskapen kan setjast inn i ein større samanheng. Refleksivitet er å erkjenne eigen ståstad i studien for å tilstrebe objektivitet trass nærleik til stoffet. Me har prøvd å la resultata framstå så autentisk som mogleg, men vinkling og fokus gjennom struktur og ordval vil vere prega av vår forforståing, kunnskap og erfaring.

Konklusjon

Dydsetikken kan fungere som etisk beredskap i den kliniske kvardagen. Dygder kan hjelpe og styrke omsorgsutøveren, men dette krevjer bevisstgjerjing, refleksjon

og samhandling for å kunne utspele seg i praksis. Kva dygd som hjelper og styrker den enkelte må vedkomande finne ut sjølv, men gjentakande fellestrekk er å vere modig, trygg og til stades i situasjonen. Dygdene er ein del av omsorgsutøvar, men dei vil først kome til syne i samspel med andre. Ethiske dilemma vert utspelt i ein klinisk kvardag, og den enkelte situasjonen legg difor føringar for vurderingar og handlingar som vert gjort av omsorgsutøvar. Dygda fronesis er eit uttrykk for korleis omsorgsutøvar møter etiske dilemma og handlar til beste for seg sjølv og andre der tilegna kunnskap, erfaring og eigenskaper vert aktualisert i situasjonen.

Bevisstgjerjing av dygder og etos hos omsorgsutøvar, kan ha følger for praksis gjennom å løfte fram og verne om verdiar i pleiekulturen til gode både for omsorgsutøvar og pasient. Dygdsetikken har i lang tid vore aktuell innan omsorgsutøving, men abstrakte verdiar kan ofte virke fjerne i den kliniske kvardagen. Vidare forskning bør ta sikte på å hjelpe omsorgsutøvarar til å kjenne igjen og konkretisere dygdene i eigen praksis. Utvikling av eit konkret verktøy for omsorgsutøvarar i møte med etiske dilemma kan vere eit bidrag til dette.

Litteratur

- Alvsvåg, H. (2013). Innsiktsbasert profesjonell praksis bør erstatte kunnskapsbasert praksis. I H. Alvsvåg, Å. Bergland & O. Førland (Red.), *Nødvendige omveier: en vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag* (s.185-199). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Alvsvåg, H. & Martinsen, K. (2018). Omsorg og skjønn. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(4), 215-222. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-03>
- Aristoteles, Stigen, A. & Rabbås, Ø. (2013). *Den nikomakiske etikk*. Oslo: Vidarforlaget.
- Ayyub, R. (2015). Case Study: An Ethical Dilemma in End of Life Care. *International Journal of Nursing Education*, 7(3), 33-35. <http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.5958/0974-9357.2015.00129.4>
- Brinchmann, B.S., Moe, C., Valvik, M.E., Balmbra, S., Lyngmo, S. & Skarbø, T. (2019). An Aristotelian view of therapists' practice in multifamily therapy for young adults with severe eating disorders. *Nursing Ethics*, 26(4), 1149-1159. Published online 2017 Nov 26. <https://doi.org/10.1177/0969733017739780>
- Chou, F.C., Kwan, C-Y., & Hsin, D.H-C. (2016). Examining the effects of interprofessional problem-based clinical ethics: Findings from a mixed methods study. *Journal of Interprofessional Care*, 30(3), 362-369. <https://doi.org/10.3109/13561820.2016.1146877>
- Cook, T., Mavroudis, C.D, Jacobs, J.P. & Mavroudis, C. (2015). Respect for patient autonomy as a medical virtue. *Cardiology in the Young*, 25, 1615-1620. <https://doi.org/10.1017/S1047951115002097>

- Eriksson, K. (2003). Ethos. I K. Eriksson & U. Å. Lindström (Red.), *Gryning II: Klinisk vårdvetenskap* (s.21-33). Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.
- Eriksson, K. (2013). Jag var där, jag såg, jag vittnade och jag blev ansvarig- den vårdande etikens mantra. I H. Alvsvåg, Å. Bergland & O. Førland (Red.), *Nødvendige omveier: en vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag* (s.69-85). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Ham, K. (2004). Principled thinking: a comparison of nursing students and experienced nurses. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 35(2), 66-73.
- Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Henta frå <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§4>
- Jenkins, K., Kinsella, E.A. & Deluca, S. (2019). Perspectives on phronesis in professional nursing practice. *Nursing Philosophy*, 20(1) p.e12231-n/a <https://doi.org/10.1111/nup.12231>
- Lillemoen, L. (2013). Verdier og verdispørsmål i sykepleie: Behovet for systematisk etisk refleksjon. I E. Skærbek & L. Lillemoen (Red.), *Verdi og verdighet: Etikk i praksis* (s.39-57) Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 145-153.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. (3. utg) Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe.
- Molewijk, B. Kleinlugtenbelt, D., & Widdershoven, G. (2011) The role of emotions in moral case deliberation: theory, practice and methodology. *Bioethics*, 25(7), 383-393. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2011.01914.x>
- Näsman, Y., Nyström, L., & Eriksson, K. (2012). From Values to Virtue: The Basis for Quality of Care. *International Journal for Human Caring*, 16(2), 50-56.
- Näsman, Y. (2010). *Hjärtats vanor, tankens välvilja och handens gärning: Dygd som värdetiskt grundbegrepp*. Doktoravhandling. Åbo: Åbo Akademi University press.
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke: en innføring i sykepleiens etikk*. (2. utg) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pacsi, A.L. (2008). Case study: an ethical dilemma involving a dying patient. *Journal of the New York State Nurses Association*, 39(1), 4-7.
- Randers, I. & Mattiasson, A.-C. (1999). Den Aristoteliska Etiken: forståelsesgrund för den erfarna sjuksköterskans moraliskt goda handlande i vården och omsorgen om den gamla människan. *Vård i Norden*, 19(1), 18-23.
- Ricoeur, P. (1976). *Interpretation Theory: Discourse and the Surplus of Meaning*. Forth Worth: Texas Christian University Press.

Volbrecht, R. (2002). *Nursing Ethics: Communities in Dialogue*. Upper Saddle, NJ: Prentice Hall.

WMA The World Medical Association. (2018, 9. juli). WMA Declaration of Helsinki- Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Henta frå <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>