

# Moralske kroppe

## – etik, tillid og kropspraksisser i sundhedsprofessionelles arbejde

*Jo Krøjer & Sine Lehn-Christiansen*

Arbejdet i sundhedssektoren omfatter i stigende grad bestræbelser på at skabe en patient-cen-treret behandling og pleje. I artiklen analyseres, hvorledes de professionelles samarbejde om patientcentreret behandling og pleje aktualiserer patientens kropslighed, og hvordan patienters kroppe indskrives i de professionelles forhandlinger om professionel etik. En vigtig pointe i analysen er, at kroppe ikke – selv ikke i sundhedssektoren – kan forstås som 'naturlige', men tværtimod optræder som moralske størrelser. Med afsæt i et empirisk studie af forskellige fag-grupper (læger, jordemødre, sygeplejersker) samarbejde på en fødeafdeling vises det, at dette arbejde involverer at nå til enighed om forskellige, professionelle etikker. Og det vises, hvordan samarbejdet herom handler om patienters helt konkrete, kropslige praksisser, der vurderes mor-alsk af sundhedspersonalet. Det undersøges, hvordan patienternes kropslige praksisser bliver en vigtig – måske uundværlig – komponent i det tværprofessionelle samarbejde om en fælles professionel etik.

### Etiske dimensioner af arbejdet i sundhedssektoren

Opfattelsen af etik som værende en væ-sentlig dimension af omsorgsarbejde og professionelt samarbejde i sundheds-sektoren er ikke ny (Engel & Prentice 2013; Irvine m.fl. 2002; Sellman 2010; Wright & Brajtman 2011). Diskussionen herom spæn-der vidt over en række etiske dilemmaer vedrørende adgang til sundhedsvæsenet, professionelles rollekonflikter pga. etiske regler, moralsk grundlag for teamwork, spørgsmål i relation til ledelse og ressourcer, informationsudveksling mellem pro-fessionelle samt grænser for formelle, etiske regler. Alligevel er diskussionen af etiske aspekter af arbejdet i sundhedssektoren langt fra udtømt – hverken i forskningen el-

ler i praksis. I denne artikel tilbyder vi end-nu et bidrag til den fortløbende udvikling af, hvorledes etik kan begribes i relation til professionelt arbejde, der involverer kroppe og kropslige praksisser. Vi begynder med at placere diskussionen om samarbejde og etik i sundhedssektoren i en bredere sam-menhæng og går videre med en indkreds-ning af, hvordan vores bidrag til diskus-sionen er funderet teoretisk. Herefter ser vi nærmere på det professionelle samarbejde om en familie på en dansk fødeafdeling for at undersøge, hvordan etik væves ind i for-holdet mellem professionelle og forældre/barn. I vores undersøgelse har vi særligt øje for, hvordan både den gravide/fødende/barslende kvindes krop og hendes barns og partners kroppe og kropslige praksisser om-

fattes af en særlig form for professionel interesse, som i udpræget grad involverer etik.

Den internationale, videnskabelige litteratur, som beskæftiger sig med etik i en sundhedsprofessionel sammenhæng, forsøger at definere og fastlægge professions-specifikke etikker, der kan guide de sundhedsprofessionelle i deres arbejde. I forbindelse med vores artikel er det særligt relevant at se på, hvordan litteraturen omhandler patienter og de professionelles relationer til patienter. Et internationalt sammensat panel har formuleret en række centrale, etiske kompetenceområder, som antages at være vigtige for udformningen af sundhedsprofessionelles samarbejdskompetencer (The Interprofessional Education Collaborative Expert Panel 2011). Det første område er 'Værdier/Etik for tværprofessionelt samarbejde'. Dette kompetenceområde udspecificeres i rapporten i ti konkrete værdier/etik-kompetencer, som forbinder etik i professionelt samarbejde med blandt andet patient-centrering, patienters værdighed, inklusion af kulturel diversitet samt udvikling af tillidsfulde relationer til patienter og deres pårørende. Tilsvarende identificerer andre studier en række etiske værdier, som er centrale for alle professionelle indenfor sundhedssektoren (Bungay & Sandys 2009). Elliot og Koubel (2009) fremfører desuden, at værdierne 'respekt' og 'værdighed' for enhver patient, 'kontrol over eget liv', for så vidt som det ikke strider imod andres, samt 'patienters krav på privatliv og tillid' er centrale værdier i det etiske grundlag for en patientcentreret omsorg. Dette peger i retning af, at der stilles krav til de professionelle i sundhedsvæsenet om anerkendelse og praktisering af bestemte etiske værdier, og at disse desuden skal være grundlaget for de professionelles samarbejde på tværs af faglige forskelle og opgaver i relation til patienten. I en dansk kontekst er det imidlertid vist, dels at professionel etik i omsorgsar-

bejde er stærkt kontekstbunden (Krøjer m.fl. 2014; Lehn-Christiansen & Krøjer, in prep.), og dels at den forhandles og transformeres i mødet mellem de professionelle og specifikke patienter (Krøjer & Dupret 2014). Vi vil derfor se nærmere på, hvorledes de professionelle aktualiserer etik, og hvilke betydninger det har for deres arbejde og omsorg for patienternes kroppe og kropspraksisser.

## Etik og moralvurderinger

I sit arbejde med etik og hvordan etik er forbundet med menneskers intellektuelle udvikling, rettede den amerikanske psykolog Lawrence Kohlberg opmærksomheden mod betydningen af at forstå selve måden, hvorpå mennesker afgør etiske dilemmaer i hverdagslivet (Kohlberg 1973, 1981). Kohlberg skelner således mellem henholdsvis etik og moralvurderinger – en skelnen der gælder for dilemmaer i såvel arbejdslivet som i hverdagslivet som helhed. Hvor moralvurderinger er Kohlbergs begreb for alle de konkrete afgørelser, vi som mennesker uafsladeligt lægger til grund for vores handlinger, er etik det grundlag, som vores konkrete vurderinger tager afsæt i. Denne distinktion gør det muligt for os at analysere de sundhedsprofessionelles arbejde på en måde, hvor vi lidt firkantet formuleret skelner mellem deres handlinger og deres etiske begrundelser for at handle på bestemte måder. I en undersøgelse af sygeplejerskers professionelle etik i hospitalssektoren anvendtes netop denne distinktion til at nærstudere de professionelles kliniske praksisser for at identificere forskellige professionelle etikker, og hvorledes disse har betydning for de professionelles moralvurderinger (Krøjer & Dupret 2014). Her blev det tydeligt, at de professionelles konkrete vurderinger af, hvad der i en konkret arbejdssituation er moralsk forsvarligt at gøre som sygeplejerske, i meget høj grad influeres af arbejdssituationens materialitet.

Her bliver sygeplejerskernes aflæsning af patientens krop aktualiseret i sygeplejerskernes vurdering af, præcis hvilken form for kropslig interaktion med patienterne, der er moralsk forsvarlig som professionel sygeplejerske. I nærværende artikel vil vi bruge distinktionen fra Kohlbergs moralteori til at kigge nærmere på samarbejdet mellem forskellige professionelle på en hospitalsafdeling. I forlængelse af det førnævnte studie interesserer det os især, hvorledes de professionelles moralvurderinger involverer patienters og/eller pårørendes kroppe, og hvad de i givet fald betyder for den behandling, omsorg og pleje, patienterne modtager i et sundhedsvæsen, hvor patient-centrering er en af de centrale, etiske værdier.

### Omsorgsetik

I sin videreudvikling af Kohlbergs (1973, 1981) overordnede begrebsætning af moralvurderinger og den etik, der guider dem, beskriver Carol Gilligan det, hun kalder en omsorgsetik (ethics of care) (Gilligan 1982). Gilligans udvikling af teorien om omsorgsetik tager afsæt i en identificering af en væsentlig utilstrækkelighed i Kohlbergs moralteori<sup>1</sup>. Som empirisk grundlag for sit teoretiske arbejde har Gilligan et studie, der interessant nok i udpræget grad har et kropsligt aspekt. Studiet handler om gravide kvinders moralvurderinger i forbindelse med valget om at få foretaget en abort. Ud fra de overvejelser, som de gravide kvinder gør sig i den særlige, kropslige tilstand, som graviditet er, viser Gilligan, hvordan etik ikke alene kan forstås som et spørgsmål om rigtigt og forkert, men også rummer en omsorgsdimension. Omsorgsetik indebærer at behandle ethvert menneske som et, der har en umistelig ret til at blive omfattet af omsorg. Ifølge Gilligan er omsorgsetik forbundet med en grundlæggende forståelse af, at alle mennesker er etisk forbundet med hinanden (Gilligan 1982, 62-63). Så-

ledes implicerer Gilligans formulering af et etisk grundlag for menneskers moralvurderinger, at ethvert menneske bør inkluderes, og at ingen skal såres, skades eller overlades til sig selv<sup>2</sup>.

### Kropspraksis

I vores analytiske arbejde med de kroppe, der optræder i det empiriske materiale, ønsker vi at undgå en traditionel forståelse af kroppe som rent fysiske/biologiske størrelser, idet vores interesse netop handler om kroppe og kropslighed som en del af den sociale og moralske kontekst, som de professionelles arbejde udfolder sig i. Her kan Haraways (1991) begreb om 'appropriated bodies' hjælpe. Appropriated bodies angiver en processuel forståelse af kroppe, hvor kroppe bliver til i kraft af de processer man indgår i, når man tilpasser og afretter sin krop og sine følelser til det, der forventes i en given kontekst – fx den måde, hvorpå de professionelles kroppe i plejesektoren tilpasser sig til idealer om kropslig og følelsesmæssig usårlighed (Krøjer 2013). Haraways begrebsætning må ses i sammenhæng med Foucaults tænkning om kroppe og kroppens praksisser som noget, der netop aldrig er adskilte fra institutionelle styringsbestræbelser (Foucault 1979). Med Foucault ser vi kropspraksisser som specifikke udtryk for disciplinerende sandhedsregimer; dvs. særlige forståelser af, hvad det er muligt og ønskeligt at være og gøre. Således pointerer Foucault, at sandhedsregimer har en moralsk dimension, som blandt andet udfoldes i kropspraksisser, som fx kirkens særlige bekendelsesarrangementer, der fordrer specifikke, kropslige handlinger og forholdemåder.

### Det empiriske grundlag

Empirien er udarbejdet som en del af et forsknings samarbejde mellem UC Metropol

og Roskilde Universitet i 2013-2014<sup>3</sup>. Projektet skulle skabe indsigt i nyuddannede sundhedsprofessionelles erfaringer med samarbejdspraksisser i sundhedsvæsenet. I projektet indgik blandt andet etnografiske feltobservationer af de sundhedsprofessionelle og deres relationer til patienter og pårørende på en fødegang og et barselsafsnit, seks kvalitative gruppeinterviews med nyuddannede sygeplejersker, jordemødre og radiografer samt seks kvalitative interviews med lokale ledere på forskellige afdelinger (Lehn-Christiansen & Holen 2016; Lehn-Christiansen 2016). Denne artikel er baseret udelukkende på feltobservationerne, idet det var denne del af materialet, der åbnede for en analyse af sammenhængen mellem etik/moralvurderinger, tillid og kropspraksisser. Observationerne er gennemført af artiklens andenforfatter som deltagerobservationer (Hasse 2000) over en periode på to uger i sommeren 2015. Der var tale om sammenlagt ca. 70 timers observationer, fordelt mellem hhv. føde- og barselsafdelingen på samme hospital. Forskeren fulgtes med fire forskellige jordemødre og sygeplejersker på deres vagter. Deltagelselementet bestod i at bistå de sundhedsprofessionelle med praktiske småopgaver i forbindelse med deres patientrettede arbejde, som fx at hente småting, at støtte et ben på en fødende kvinde eller at hente en nybagt far tilbage til fødestuen. Observationerne havde et åbent og bredt undersøgende fokus på samarbejdspraksisser og relationer mellem de professionelle, såvel som på relationerne mellem professionelle og fødende/barslende kvinder og deres pårørende. Med et begreb lånt fra Clifford udgjorde feltarbejdet en form for *deep hanging out* (Clifford 1997), hvor observatøren engagerede sig i feltet og tog del i de professionelles aktiviteter for så at sige at 'synke ind i praksis' og derigennem blive klogere på indholdet i de professionelles samarbejde og på interaktionen mel-

lem professionelle og patienter/pårørende. Det var en prioritet at forsøge at indfange variation, kompleksitet og konfliktuerende aspekter af denne praksis, og observationerne blev derfor dokumenteret som 'tykke beskrivelser' (Flyvbjerg 2011; Geertz 1988), hvori forskerens observationer af følelser, humør, konflikter mv. inkluderes.

Fødsels- og barselssituationer er kropsligt eksponerede, intime og ofte følelsesladede situationer, hvilket krævede særlige etiske overvejelser af forskeren. Alle deltagere (sundhedsprofessionelle, fødende/barslende kvinder og deres pårørende) blev mundtligt informeret om formålet med observationerne. De blev lovet fuld anonymitet og indgav mundtligt samtykke. Deltagerne blev meget tydeligt bekendtgjort med, at de til hver en tid kunne frasige sig observatørens tilstedeværelse. Derudover gjorde forskeren sig mange overvejelser undervejs om sin tilstedeværelse og interaktion i bestræbelsen på ikke at overskride deltagernes grænser, fx ved at overveje sin placering i rummet, at fornemme deltagernes lyst til at tale eller behov for stilhed, åbenhed omkring observationsnoter, kropslige berøringer af mor/barn osv.

### Casen

Artiklen er baseret på en enkelt case, udvalgt fra det samlede observationsmateriale. Casen er udvalgt, fordi den giver mulighed for at analysere sammenhængen mellem etik, moralvurderinger og kropspraksisser.

Den udvalgte case relaterer sig til det øvrige etnografiske materiale på den måde, at der er tale om en åbenlys og længerevarende konflikt i relationerne mellem de professionelle og imellem de professionelle og parret angående det barslende pars kropspraksisser. Sådanne uenigheder mellem de professionelle og de fødende/barslende kvinder optræder jævnligt i det empiriske materiale. Uenighederne kan handle om

alt lige fra, hvorvidt den fødende kvinde kan/skal forandre stilling eller bevæge sig under udvidelsesveerne, til spørgsmål om hvor ofte og hvordan den nyfødte skal lægges til brystet, iklædes eget tøj eller bades under opholdet på barselsafdelingen. Som oftest 'ordnes' disse uenigheder ved, at de professionelle opfordrer kvinden/parret til at følge de anvisninger, der gives, gerne med reference til, hvad der er bedst for fødselens forløb/kvindens oplevelse af smerte/barnets trivsel, hvilket får de fleste kvinder/par til i ret vid udstrækning at efterleve de råd, de får. Her ud af har vi til artiklen valgt en case, der har eksemplarisk karakter for så vidt angår de professionelles samarbejde og deres relationer, både indbyrdes og til patienterne/pårørende og med hensyn til at omhandle konkrete, kropslige praksisser. Den valgte case adskiller sig imidlertid fra det øvrige materiale ved, at parret yder tydelig og vedvarende modstand mod de professionelles anvisninger. Det er ikke i sig selv usædvanligt, at par indlægges på afdelingen pga. misbrug eller sociale problemer, og at de professionelles krav og forventninger til håndteringen af situationen fører til forskellige former for konflikt. Casen udmærker sig derudover ved, at de involverede deltageres accept af forskerens tilstedeværelse i flere forskellige situationer i løbet af det samlede forløb muliggjorde en dyb og nuanceret indsigt i både parrets og de professionelles refleksioner over forløbet. Casen kan således siges at udgøre en ekstrem case (Flyvbjerg 2010; 2011) i forhold til den samlede empiri-krop, idet den på den mest detaljerede måde giver indblik i interaktioner og konflikter om kropspraksisser.

Analysen af casen er foretaget på baggrund af nedenstående analytiske spørgsmål:

1. Beslutninger: Hvilke typer af kropspraksisser bliver gjort til genstand for profes-

sionel refleksion og handling? Hvilken etik kan identificeres? Hvem involveres i refleksioner/beslutninger vedrørende patienters/pårørendes kropspraksisser? Hvem afgør, hvad der skal ske? Hvad opfattes som gode henholdsvis dårlige beslutninger vedrørende kropspraksisser?

2. Konflikter: Hvilke kropspraksisser skaber konflikt? Hvorledes etableres, kommunikeres og forhandles konflikten? Hvilke konflikter om kropspraksisser håndteres åbent? Hvordan bliver konflikter løst – hvis de gør?

Disse analyse spørgsmål sigter mod at undersøge de særlige dele af de professionelles arbejde, der handler om moralvurderinger af kropspraksisser. Vi har således analyseret det empiriske materiale på en måde, der identificerer konkrete forhandlinger, som rummer eller relaterer sig til kropslige praksisser. Denne analyse førte til en tematisering af tillid, idet moralvurderinger viste sig at være tæt forbundet med tillidsforhold i relationen mellem professionelle og patienter/pårørende. Det finder vi særligt interessant og relevant at undersøge nærmere, idet tillid til patienter af Elliot og Koubel (2009) er nævnt som en helt central, etisk værdi for professionelle i hospitalssektoren. Materialet udvidede vores interesse for at se nærmere på de moralvurderinger, som er en del af beslutningsprocesser om kropslige praksisser, da vi tilsyneladende i kraft af materialet fik mulighed for at udvikle forståelsen for, hvilke kropslige praksisser der kan medvirke til tillidsfulde relationer mellem professionelle og patienter/pårørende – eller det modsatte. I en arbejdslivssammenhæng har det en særlig relevans, da det kan være med til at udvikle viden om, hvilke følelsesøkonomier (Ahmed 2004) der er på færde i omsorgsarbejde: Hvem forventes at demonstrere tillid til hvem, hvem har tillid til hvad og med hvilke effekter?

## På fødeafdelingen

Sandra og Patrick indlægges på barselsafdelingen med deres nyfødte barn, Emma. Årsagen til at de ikke har forladt hospitalet efter fødslen er, at Sandra under veerne har fortalt jordemoder Anita, at hun i løbet af sidste trimester af graviditeten er begyndt ind i mellem at ryge cannabis igen – en vane hun ellers havde lagt på hylden, da hun fandt ud af at hun var gravid. Hun har også røget cannabis for at dæmpe ve-smerterne, inden parret tog på hospitalet for at føde. På baggrund af denne information er en børnelæge, Andreas, blevet tilkaldt til fødestuen. Børnelæge Andreas har undersøgt den nyfødte og konstateret, at barnet har det godt, der er intet unormalt. Børnelægen har efterfølgende noteret i patientjournalen, at han ikke finder grund til, at Emma skal observeres for abstinenser, og at han tilråder amning. Alligevel er familien nu indlagt på barselgangen. Jordemoder Berit, som har ansvaret for familien her, er ikke enig i børnelægens vurdering, men hun vælger at respektere beslutningen om amning, da det jo står i journalen. Jordemoder Berit beslutter imidlertid, at hun vil observere barnet for abstinenssymptomer uden dog at notere dette i patientjournalen. Hun kontakter desuden den jordemoder, Christina, som familien har haft kontakt med under graviditeten. Jordemoder Christina var af den overbevisning, at Sandra allerede i første trimester havde lagt cannabisen på hylden – havde hun haft kendskab til, at rygningen var genoptaget, var Sandra kommet ind i et særligt støtteforløb for gravide. Jordemoder Berit ringer også til Regionens familieambulatorium, der har speciel ekspertise indenfor gravide med stof- og alkoholmisbrug. Her taler hun med børnelæge Tina, der instruerer Jordemoder Berit i at bede Sandra om tre urinprøver (en pr. dag i de kommende tre dage) for at fastslå niveauet af cannabis i hendes krop

og dermed risikoen for, at det også er i moder-mælken. Lægerne foreslår, at familien bliver på barselsafsnittet i fem dage for at sikre sig, at Emma er i trivsel. Forslaget gør Sandra og Patrick meget oprevne; de ønsker ikke at blive på afdelingen. Sandra afleverer den ønskede urinprøve, og herefter tager de hjem med deres nyfødte barn med en aftale om, at de kommer tilbage næste dag til en konsultation med børnelæge Tina. De opfordres også til at holde godt øje med, om Emma virker sløv og til at tage kontakt til afdelingen, hvis de er i tvivl. Parret vender som aftalt tilbage dagen efter, i god tid til deres aftale. Jordemoder Berit benytter lejligheden til at veje Emma og høre parret om, hvordan natten er gået, og hvordan det går med amningen. Parret fortæller stolt, at det går godt. De har haft barselsvisit af hele familien, så det blev lidt sent, før de kom i seng. Emma har sovet næsten hele natten, og amningen går fint. Jordemoderen instruerer parret i, at Emma skal lægges til brystet hver 3. time, også selvom hun eller de selv sover. Jordemoder Berit tager tøjet af Emma og vejer hende; vægten viser, at Emma har tabt 4 % af sin fødselsvægt, hvilket er helt normalt. Jordemoderen holder Emma i hænderne og snakker til hende. Bagefter beder hun parret om at klæde Emma på igen. Emma græder, og Sandra lægger hende til brystet. Patrick fortæller, at de har ringet til hans søster for at få hjælp til, hvad de skulle pakke i pusletasken – de har fået så mange bodystockings, at Patrick mener, der er nok til, at Emma kan få en ren en på hver dag i et helt år. Og hvis det ikke holder, har de heldigvis et vaskeri i opgangen, hvor de bor.

Børnelægen Tina fra familieambulatoriet ankommer til afsnittet. Hun taler længe med parret om det problematiske i at kombinere forældreskab med cannabisrygning. Børnelæge Tina undersøger også Emma. Hun siger, at parret skal være opmærksom-

me på, at barnet ikke får kolde fødder, og Patrick skynder sig at vise, at de har ekstra sokker med i pusletasken. Børnelæge Tina spørger detaljeret ind til familien hverdagsliv, deres job- og uddannelsessituation og familiehistorie. Hun opfordrer til, at cannabisrygningen skiftes ud med gåture med barnevognen. Hun mener også, at parret bør udskyde deres planer om at starte egen virksomhed, til efter barselsperioden er slut. På trods af stor modstand fra parret, særligt fra Patrick, bliver familien indrulleret i et program, hvor Emma vil blive fulgt af et team af psykologer, børnelæger og sundhedsplejersker, indtil hun starter i skole.

## Kropspraksis og tillid

Den første af flere moralvurderinger i vores case sker på fødeafdelingen under Sandras veer, da de to forældre fortæller deres jordemoder Anita, at Sandra fra tid til anden har røget cannabis i den sidste del af sin graviditet og under de første små-veer, mens de stadig var hjemme. Som en del af forældrenes relation til jordemoderen under fødslen fortæller de hende altså om en kropspraksis Sandra har, selvom om denne i nogle sociale og i medicinske sammenhænge er kontroversiel. Forældrenes handlemåde i relationen til jordemoderen kan opfattes som tillidsfuld. Men den får den effekt, at deres jordemoder Anita tilkalder en børnelæge, som undersøger spædbarnet umiddelbart efter fødslen. Den tillidsfulde handling bliver for jordemoderen en anledning til at foretage en moralvurdering med afsæt i Sandras kropspraksis. Moralvurderingen handler om, om Sandras særlige kropspraksis skal medføre en anden procedure ved fødslen end den almindelige.

Jordemoderens moralvurdering bliver, at det forsvarlige i forlængelse af Sandra og Patricks betroelse er at involvere en børnelæge. Børnelægen Andreas finder som sagt

intet unormalt og anbefaler amning. Han noterer i Sandras patientjournal, at der ikke er behov for at observere den nyfødte for abstinenssymptomer. Andreas foretager sine vurderinger udelukkende ved at undersøge Emmas krop, han interesserer sig ikke for at høre nærmere om Sandras kropspraksisser. Efter børnelægens involvering overflyttede Sandra og Patrick til barselsgangen og de professionelle på denne afdeling.

Jordemoder Berit på barselsgangen bliver informeret om den kropspraksis, som Sandra har fortalt om på fødegangen. Hun oplyses desuden om børnelægens undersøgelse af Emma straks efter fødslen og om den beslutning om en særlig kropspraksis, som børnelæge Andreas har truffet: at Sandra godt kan amme Emma. Derudover har Børnelæge Andreas' undersøgelse af Emma ført til endnu en beslutning om en særlig, kropsrelateret praksis; Emmas krop skal ikke observeres for at udvise abstinenssymptomer. Interessant nok får den sidstnævnte beslutning jordemoder Anita til at sige: *"men det gør jeg alligevel"*. Denne konflikt mellem to professionelle samarbejdsparter vedrørende en særlig kropsovervågning kan forstås som to forskellige opfattelser af, hvad der kvalificerer til tillid i relationen mellem de professionelle og patienterne. Børnelæge Andreas vurderer, at man kan have tillid til, at der ikke er grund til at overvåge spædbarnets krop, da der ikke er nogen fysiske indikationer ved barnets krop, der tyder på misbrug eller forgiftning. Jordemoder Berit vurderer ikke, at man ud fra Sandras tillidsfulde afsløring af sin kropslige praksis kan have tillid til børnelægens beslutning om, at det ikke er nødvendigt at overvåge det spæde barns krop. Når hun siger højt, at hun vil observere for abstinenser, kan det ses som en manglende tillid til børnelægens vurdering af barnets krop, men samtidigt også som en manglende tillid til, at Sandras kropspraksis er så ufarlig, som San-

dra har hævdet (at hun kun har røget en lille smule en sjælden gang imellem). De to professionelles vurderinger forholder sig således forskelligt til den etiske fordring om, at patienter har krav på tillid. I det konkrete forløb er det jordemoder Berits handlinger, der får betydning for relationen mellem de to nye forældre og de professionelle, idet hendes manglende tillid giver ophav til hendes kontakt til familieambulatoriet og til de nye måder at forholde sig til Sandras krop, som henvendelsen medfører – nemlig at undersøge hendes urin for at fastslå, om hun har cannabis i sit blod. Udover henvendelsen til familieambulatoriet konsulterede jordemoder Berit tre andre kolleger udenfor barselsafdelingen; to andre jordemødre samt endnu end børnelæge, Tina. Disse kolleger opfattede eksplicit Sandras rygepraksis som 'et tillidsbrud', hvilket ledte dem til at stille spørgsmålstegn ved, om Sandra overhovedet kunne vises tillid. Så vidt vi ved ud fra feltobservationerne, har Sandra ikke løjet om sin særlige kropspraksis vedrørende cannabis, men hun har heller ikke taget emnet op før på fødegangen.

Russel Hardin har arbejdet indgående med at udvikle en nuanceret begrebsætning af tillid ud fra relationelle aspekter heraf (Hardin 1996, 2002, 2006). Hardin viser, hvordan tillid er et spørgsmål om dels tillidsfuldhed og tillidsværdighed. I forbindelse med vores case fra fødegangen er det ydermere relevant, at både Hardin og den feministiske filosof Friedman påpeger, at tillidsværdighed er forbundet med moral. Hvis vi inddrager distinktionen mellem tillidsfuldhed og tillidsværdighed i analysen, får vi øje på en interessant asymmetri i forbindelse med den måde, hvorpå tillid optræder i materialet. For som patient at kvalificere sig til at blive opfattet som tillidsværdige af de professionelle, skal patienter tilsyneladende demonstrere en form for konstant og spontan åbenhed. At patienten

åbner op om noget en enkelt gang, fortæller tilsyneladende blot de professionelle om alle de gange, patienten ikke gjorde det. Hvilket tilsammen betyder, at man ikke kan forvente alle professionelles tillid. Men i casen er der en række situationer, som viser, at kravet om konstant og spontan åbenhed kun gælder patienter og ikke de professionelle. Således demonstrerer jordemoder Berit ikke en tilsvarende åbenhed og tillidsfuldhed overfor Sandra og Patrick ved at fortælle dem, at hun observerer Emma for abstinenssymptomer, og ej heller ved at fortælle dem, at hun vil kontakte familieambulatoriet om Sandra og familien. Ikke før klinikken efterspørger en urinprøve fra Sandra, beslutter jordemoderen, at hun er nødt til at 'konfrontere' parret den dag, da de planlægger af tage hjem. I denne sammenhæng ser det altså ud til, at de professionelle aktualiserer en bestemt etik i deres moralvurderinger, når det handler om Sandra og hendes specifikke kropspraksis. I denne etik ser tillid ud til at være en særlig reciprok størrelse, der tilsiger, at patienter villigt skal vise tillidsfuldhed ved at forsyne de professionelle med alle mulige slags informationer om deres hverdagsliv for at kvalificere til at blive opfattet som tillidsværdige af de professionelle. Reciprociteten består i, at det omvendte ser ud til at gælde for de professionelle selv: De professionelle skal ikke udvise tillidsfuldhed overfor patienten ved at oplyse alle informationer, de besidder om patienten – ikke engang information om de konkrete aspekter af de professionelles praksis, som har direkte betydning for patienten. Derudover ser det ud til, at de professionelle antager, at denne reciprocitet – eller manglende gensidighed om man vil – i deres relation til patienten ikke har indflydelse på tillidsrelationen mellem dem og patienten. Reciprociteten i de professionelles moralvurderinger i forbindelse med tillid i relationen mellem profes-



sionelle og patienter instituerer en ganske kompliceret følelsesøkonomi, i hvilken tillidsfuldhed ikke er en valuta, der udveksles begge veje. Reciprociteten betyder også, at de professionelle tilsyneladende ser tillidsværdighed som noget, de ikke selv skal gøre sig fortjent til, mens patienterne omvendt kvalificerer til den ved at demonstrere tillidsfuldhed. Det er ikke umiddelbart indlysende, hvordan man som patient kan sikre sig de professionelles tillid, og det er heller ikke forudsigeligt, hvornår man kan have tillid til de professionelle.

### Moralkonflikter om cannabis

De nye forældre, og måske særligt Patrick, bliver oprørte, da de opdager, at de professionelle opfatter familiens situation som problematisk, og at der er taget skridt til at sørge for yderligere overvågning af familien. Han bliver vred, og parret beslutter, at de ikke vil blive på barselsafdelingen, selvom jordemoder Berit på vegne af den nyligt involverede børnelæge, Tina, anbefaler dem at blive. Forældrene forlader afdelingen i vrede, men indvilger i at komme tilbage den følgende dag og møde børnelæge Tina fra familieambulatoriet. Ved ankomsten næste dag undskylder Patrick for sit vredesudbrud under den foregående dags interaktion med de professionelle: *"Jeg ville bare ønske, at I havde fortalt os om det noget før. Jeg følte mig krænket. Jeg mener, mentalt var vi jo allerede hjemme"*, siger han og demonstrerer hermed tydeligt sin utilfredshed både med, at forældrene fik så sent besked om de professionelles skridt i retning af at iværksætte forskellige overvågninger af moder og barns kroppe, og med at få at vide, at de professionelle opfatter Sandras kropsspraksis som problematisk. På den anden side udtrykker Patrick den opfattelse, at han og Sandra føler sig heldige at have mødt så mange dygtige professionelle under graviditet og fødsel. Det sidste kan opfattes som

en måde at kvalificere sig som tillidsværdig i de professionelles øjne.

En vigtig pointe i Gilligans udvikling og kritik af traditionel moralteori er, at mennesker, når de foretager moralvurderinger, altid tager deres konkrete situation, aktuelle sociale sammenhæng og, sidst men ikke mindst, deres relationer til andre mennesker med i betragtning (Gilligan 1982, 1988). Således er det Gilligans opfattelse, at moralvurderinger altid er influeret af menneskers konkrete relationer til hinanden. Gilligans begrebssættelse af moralvurderinger tydeliggør samtidigt, hvordan relationerne mellem de professionelle og patienter/pårørende involverer de særlige kropslige erfaringer, som parterne bringer med ind i relationen. Kropspraksisser er både til stede som forskellige vidensgrundlag for de involverede, og er samtidig med til at aktualisere bestemte moralvurderinger. Med Gilligans fastholdelse af det relationelle aspekt i moralvurderinger kan vi vise, hvorledes forhandlinger af etik finder sted i relationer, og hvordan de konkrete relationer, som et menneske er involveret i, kan forandre moralvurderinger.

Da Patrick taler med børnelægen Tina, gør han det klart, at han ikke anser en kropsspraksis, der indbefatter cannabis-rygning, for at være problematisk for forældre- og omsorgsevner. *"Lad vær' med at tro, at vi er misbrugere"*, siger Patrick for at overbevise Børnelæge Tina om at revidere optegnelserne i patientjournalen. Han forklarer, at cannabis kun påvirker ham selv positivt; han bruger det til at slappe af i kroppen og undgå stress. Patrick nægter at acceptere børnelægens opfattelse af, at hans og Sandras kropsspraksisser med cannabis kan gøre det vanskeligere for dem at udfolde den kropsspraksis, som børnelægen bekymrer sig om: at aflæse deres barns ansigtsudtryk og signaler. I den komplicerede følelsesøkonomi, som de professionelles reciproke til-

lidsrelation har institueret, forsøger Patrick at foreslå, at cannabis-rygning ikke er en forkert kropspraksis. Sandra deltager også i den følelsesøkonomiske forhandling om tillidsfuldhed og kropspraksisser. Hun forklarer, hvordan hun synes, at 'systemet' bør agere og sørge for ikke at agere i forhold til familien: *"Det går altid galt, når systemet bliver involveret"*, siger hun og henviser til et af sine egne familiemedlemmer, som efter Sandras opfattelse er blevet uretmæssigt anklaget for omsorgssvigt. Børnelægen Tina reagerer ved at sige: *"Jeg forstår, at du har haft nogle dårlige erfaringer med at samarbejde med myndighederne. Jeg har mange gode erfaringer"*. Børnelæge Tina forklarer så, hvordan relationerne mellem patienter/forældre og professionelle skal og bør bygge på tillid. Hun appellerer til Sandra og Patrick om at have tillid til systemet og de professionelle, uanset hvad de har af tidligere, dårlige erfaringer. Derudover foreslår Tina, at de to nye forældre kan demonstrere en sådan tillidsfuldhed ved at lade Emma indrulle i et observations- og vejledningsprogram i de kommende seks år. Også her tilsiger den professionelle moralvurdering, at det er en etisk forsvarlig følelsesøkonomisk relation, når patienter/pårørende skal demonstrere spontan tillid til de professionelle, uafficeret af deres erfaringer, der tilsiger det modsatte. Og igen er der i relationen tale om en reciprocitet, som betyder, at de professionelle ikke skal udvise en tilsvarende tillidsfuldhed overfor patienten/den pårørende, men derimod kan afvise deres forsikringer om uproblematisk kropspraksis med et forslag om en konkret, kropslig overvågning af deres barn i mange år frem.

Patrick er ikke tilbøjelig til at bekræfte sin tillidsfuldhed overfor de professionelle på den måde. I stedet foreslår han, at de venter og ser, om Emma rent faktisk får problemer. På den måde forsøger han at etablere en alternativ følelsesøkonomi til de profes-

sionelles; én hvor tilliden mellem patienter/pårørende og professionelle er gensidig. I en følelsesøkonomisk relation som denne, hvor tillid ser ud til at være forbundet til modsatrettede moralvurderinger, ser det ud til at være vanskeligt at opnå enighed om, hvordan tillidsfuldhed og -værdighed egentlig skal distribueres imellem parterne.

### **Forældreskab som kropslig praksis**

Under samtalen med børnelægen fortæller Patrick og Sandra stolt, at de har et helt rum fyldt med legetøj, børnetøj og alt det babyudstyr, de har brug for. De siger, at de har familie lige i nærheden, som kan hjælpe og støtte dem som forældre. De viser, at de har ekstra sokker med til Emma, hvis hun skulle få kolde fødder. Igen et eksempel, hvor forældrene demonstrerer tillidsfuldhed ved villigt og spontant at tilbyde de professionelle indsigt i familiens hverdagsliv. Patrick og Sandra gør sig umage med at vise, at de er fuldt udrustede både socialt og materielt til at klare deres nye livssituation og deres barns behov. Børnelæge Tina lader sig dog ikke overbevise af deres forklaringer. Hun forklarer forældrene, at deres barn har 'særlige behov'; Emma har brug for ro, og det er kun hendes forældre, der bør holde hende. Hun skal ikke udsættes for mere end to eller tre forskellige legeting for at undgå overstimulering. Tina advarer forældrene om, at de ikke skal søge råd og vejledning om deres barn hos venner eller familie. *"Spørg os i stedet"*, siger hun og gør det således klart, at Sandra og Patrick skal udvise tillidsfuldhed overfor de professionelle i forhold til præcis, hvilke kropspraksisser de skal – og bestemt ikke skal – udfolde sammen med Emma. Patrick og Sandra skal stole på de professionelle anvisninger om hvilke ting og mennesker, de skal involvere i samværet med Emma og i hvilke mængder. Og Patrick skal udvise tillidsfuldhed til de professionelle råd med hensyn til sin cannabis

kropspraksis, fremfor sin egen vurdering af, om det skader hans forældreskab. Som en konsekvens af følelsesøkonomien mellem patient/pårørende og professionelle skal Patrick og Sandras ikke blot give de professionelle uhindret adgang til familiens hverdagsliv nu og i fremtiden, de skal også acceptere de professionelles moralvurderinger, der tilsiger, at bestemte kropspraksisser er uforenelige med forældreskabet til Emma. Konsekvensen af de professionelles moralvurderinger af familien er, at uanset hvor meget Sandra og Patrick forsøger at vise deres følelsesmæssige, sociale og materielle forældreressourcer, anfægter det ikke de professionelles plan om vedvarende at overvåge forældrenes kropspraksisser og barnets krop.

### **Etik som en del af sundhedsprofessionelles samarbejde**

Vores analyse bidrager med indsigter, som det kan være væsentligt at gøre sig klart, hvis man vil forstå rækkevidden af, hvordan etik og moralvurderinger optræder i sundhedsprofessionelles arbejde, og hvad det betyder i relationen til patienter og pårørende. Som vi har udfoldet det i analysen, knytter de professionelles forhandlinger om etik sig til konkrete moralvurderinger. Når disse moralvurderinger foretages, henholder de professionelle sig ikke alene til egne vurderinger; de konsulterer deres kolleger for at sikre sig, at deres moralvurderinger stemmer overens med andres. Vores analyse viser imidlertid, at der ikke altid er overensstemmelse mellem de professionelles moralvurderinger – heller ikke når disse knytter sig kliniske risikovurderinger. Påpejgningen af, at kliniske vurderinger ikke kan adskilles fra moral, er ikke ny. Lupton fremhæver, at risikoadfærd (som fx cannabisrygning) opfattes som et udtryk for moralsk svaghed, og at særligt gravide kvinder har et altoverskyggende moralsk ansvar for

det ufødte barns sundhed (Lupton 1995). I vores materiale står det klart, at de professionelles etik i en dansk kontekst udvider dette ansvar til at omfatte såvel moderens som faderens kropslige praksisser. Både moralvurderinger og den etik, de aktualiserer, må forstås som relationelle størrelser. På fødegangen viser det relationelle aspekt af de professionelles etik og moralvurderinger sig netop også ved, at de kliniske og moralske vurderinger både hviler på relationen til patienters kropslige praksisser, men også at disse relationer konstitueres af de sundhedsprofessionelles særlige vidensgrundlag. Professionel viden udgør således et væsentligt og konfliktuelt aspekt af det professionelle samarbejde med både hinanden og patienterne om moralvurderinger. Her er det påfaldende, at de professionelle i deres samarbejde om patienterne ikke åbent anfægter hinandens moralvurderinger – end ikke, når der er en uoverensstemmelse, som i spørgsmålet om Sandras amning og observation for abstinenser. Til gengæld kan de professionelles moralvurderinger anfægtes i relationen til patienter/pårørende. Det er alene en pårørende, som sætter spørgsmålstejn ved de professionelles moralvurderinger og den følelsesøkonomiske ulighed, som de implicerer. Dette forhold peger tilbage til vores indledende pointer om patientcentrering som en central etik i sundhedssektoren og til Gilligans (1982) omsorgsetik. De professionelles konsekvente afvisning af patient/pårørendes alternative moralvurderinger af familiens kropspraksisser er vanskeligt foreneligt med idealet om patientcentreret pleje og omsorg. Og de professionelles lidt ensidige optagethed af barnets trivsel og deres manglende tillidsfuldhed overfor forældrene peger i retning af en etik, som adskiller sig fra en omsorgsetik, der inkluderer alle i omsorgen ved at sikre, at ingen såres eller krænkes. I deres anstrengelser for at sikre omsorgen

for et spædbarn og hendes forældre med alle de tilhørende, komplekse moralvurderinger, lykkes det ikke overbevisende for de professionelle at inkludere forældrene uden at skade deres kropslige og moralske integritet. Det kan måske skyldes en uafklarethed med hensyn til, hvem der egentlig konstitueres som patient i den patientcentrerede pleje og omsorg. Er det moderen, barnet eller hele familien? Vores analyse viser, at selvom det lyder enkelt, kan det være vanskeligt at fastslå i konkrete tilfælde. En relevant indsigt fra vores analyser er således også, at hvis 'patienten' er en familie på tre, så kræver det, at de professionelle kan yde en omsorg, der involverer en balancering af eventuelt modsatrettede hensyn. Og endelig er det en væsentlig viden, at de profes-

sionelles moralvurderinger – af fx noget så menneskeligt betydningsfuldt som kropslige praksisser i hverdagslivet – kan være i modstrid med patientens. Hvis de professionelle i sundhedssektoren ser omsorgsetik som et relevant bidrag til deres konkrete moralvurderinger, er det derfor nødvendigt at udvikle en forståelse af, at patienters kropspraksisser er en integreret del af patienten og dennes hverdagsliv. Derfor kan de professionelle moralvurderinger af patienters kropspraksisser have omfattende konsekvenser for tillid i relationen mellem professionelle og patienter i sundhedssektoren. Og netop tillid ser ud til at have betydning for, hvilken omsorg og pleje der kan lade sig gøre for de professionelle at tilbyde og for patienten at tage imod.

## NOTER

- 1 Den teoretiske uenighed mellem Kohlberg og Gilligan er for omfattende at referere her, men handler i meget kort form om, at Gilligan mener, at der er en indbygget 'male bias' i Kohlbergs moralstadier, som er årsag til, at kvinder statistisk set ser ud til at være dårligere udrustet til at foretage avancerede moralvurderinger (Gilligan 1982).
- 2 Dette grundlag kan lyde banalt, men er ikke desto mindre i modsætning til andre anerkendte bud på grundlæggende etiske principper.
- 3 <http://www.phmetropol.dk/Om+Metropol/Nyheder+og+Presse/Nyheder/2014/12/Tvaerprof+ISY>.

## REFERENCER

- Ahmed, Sarah (2004): Affective Economies, i *Social Text*, 22, 2 79, 117-139.
- Bungay, Hilary & Rebecca Sandys (2009): Person-Centred Care: With Dignity and Respect, i Georgina Koubel & Hilary Bungay (red.): *The Challenge of Person-Centred Care: An Interpersonal Perspective*, Basingstroke, Palgrave Macmillan, 53-73.
- Clifford, James (1997): *Routes*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Elliot, Paul & Georgina Koubel (2009): What is person-centered care? i Georgina Koubel & Hilary Bungay (red.): *The Challenge of Person-Centred Care: An Interpersonal Perspective*, Basingstroke, Palgrave Macmillan, 29-50.
- Engel, Joyce & Dawn Prentice (2013): The ethics of interprofessional collaboration, i *NURSING ETHICS*, 20, 4, 426-435.
- Flyvbjerg, Bent (2010): Fem misforståelser om casestudiet, i Svend Brinkmann & Lene Tanggaard (red.): *Kvalitative metoder*, København, Hans Reitzels Forlag, 463-487.
- Flyvbjerg, Bent (2011): Case Study, i Norman Denzin & Yvonna Lincoln (red.): *the SAGE*

- handbook of qualitative research*, Thousand Oaks, Sage Publications, 301-317.
- Foucault, Michel (1979): *Discipline and Punish: The birth of the prison*, New York, Vintage Books/Random House.
- Geertz, Clifford (1975): *The Interpretation of Cultures*, London, Hutchinson.
- Gilligan, Carol (1982): *In a Different Voice*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Haraway, Donna (1991): *Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention of Nature*, New York, Routledge.
- Hardin, Russell (1996): Trustworthiness, i *Ethics*, 107, 1, 26-42.
- Hardin, Russell (2002): *Trust and trustworthiness*, London, Sage Foundation.
- Hardin, Russell (2006): *Trust*, Polity Books.
- Hasse, Cathrine (2000): Overvejelser om positioneret deltager-observation. Sexede astronomer og kønnede læreprocesser, i *Kvinder, Køn og Forskning*, 9, 4, 39-51.
- Irvine, R. m.fl. (2002): Interprofessionalism and ethics: consensus or clash of cultures? i *Journal of Interprofessional Care*, 16, 3, 199-210.
- Kohlberg, Lawrence (1973): The Claim to Moral Adequacy of a Highest Stage of Moral Judgment, i *Journal of Philosophy*, 70, 18, 630-646.
- Kohlberg, Lawrence (1981): *Essays on Moral Development, Vol. I: The Philosophy of Moral Development*, San Francisco, Harper & Row.
- Krøjer, Jo (2013): Omsorgettikkens skygge: Omsorg og overgreb i plejesektoren, i Niels Christian Mossfeldt Nickelsen (red.): *Arbejdslivets skyggesider*, Århus, Klim, 25-43.
- Krøjer, Jo & Katia Dupret (2014): Moral Literacy in Technological Care Work, i *Ethics and Social Welfare*, 9, 1, 50-63.
- Krøjer, Jo, Sine Lehn-Christiansen & Mette Lykke Nielsen (2014): Sexual harassment towards new comers in elder care. An institutional practice? i *Nordic Journal of Working Life Studies*, 4, 1, 81-96.
- Lehn-Christiansen, Sine (2016): *Tværfprofessionelt samarbejde i sundhedsfaglig praksis*, København, Munksgaard Danmark.
- Lehn-Christiansen, Sine & Mari Holen (2016): Sammenfiltringer og sammenstød. Intersektionalitet som produktiv og udfordrende tilgang i undersøgelsen af ulighed i sundhed, i Sine Lehn-Christiansen m.fl. (red.): *Ulighed i sundhed – Nye humanistiske og samfundsvindskabelige perspektiver*, København, Frydenlund Academic.
- Lehn-Christiansen, Sine & Jo Krøjer (in prep): *Interprofessional Moral Judgements on Care*, Forskning, Roskilde Universitet.
- Lupton, Deborah (1995): *The imperative of health : public health and the regulated body*, London, Thousand Oaks, CA, Sage Publications.
- Sellman, Derek (2010): Values and Ethics in Interprofessional Working, i Katherine Pollard m.fl. (red.): *Understanding Interprofessional Working in Health and Social Care. Theory and Practice*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Wright, David & Susan Brajtman (2011): Relational and embodied knowing: nursing ethics within the interprofessional team, i *Nursing Ethics*, 18, 1, 20-30.

**Jo Krøjer**, cand.techn.soc., ph.d., lektor ved Roskilde Universitet, Institut for Mennesker og Teknologi  
e-mail: jokr@ruc.dk

**Sine Lehn-Christiansen**, cand.mag., ph.d., lektor ved Roskilde Universitet, Institut for Mennesker og Teknologi  
e-mail: slehn@ruc.dk