



# ET FILOSOFISK PERSPEKTIV PÅ MØDET MELLEM SYGEPLEJERSKEN OG DEN DØENDE

Anvendt Filosofi  
10. Semester  
Speciale  
Aalborg Universitet

Mie Rømer & Mads Broholm Pedersen

<b>1. Indledning.....</b>	<b>4</b>
1.1 Problemformulering.....	6
1.2 Fremgangsmåde.....	6
1.2.1 Metode.....	8
<b>2. Idéen om ‘Den gode død’.....</b>	<b>10</b>
2.1 Den gode død i et historisk perspektiv.....	10
2.2 Hvad er en god og værdig død i palliativ kontekst?.....	17
2.3 ‘Den gode død’ som problematisk ideal uden for hospice.....	22
2.4 Delkonklusion.....	25
<b>3. Rosa om accelerationssamfundet, resonans og fremmedgørelse.....</b>	<b>27</b>
3.1 Resonans og fremmedgørelse.....	27
3.1.1 Fremmedgørelse.....	28
3.1.2 Resonansakser.....	29
3.1.3 Resonansrum.....	34
3.2 Generelt om accelerationssamfundet.....	39
3.2.1 Teknologisk acceleration.....	41
3.2.2 Acceleration af social forandring.....	42
3.2.3 Acceleration af livstempoet.....	44
3.3 Deceleration som modvægt.....	46
3.4 Delkonklusion.....	46
<b>4. Sygeplejerskens faglighed og værdier i mødet med den døende.....</b>	<b>48</b>
4.1 Løgstrup og den etiske fordrings relevans for mødet.....	48
4.2 Kari Martinsens omsorgsfilosofi.....	52
4.2.1 Suveræne livsytringer.....	55
4.3 Delkonklusion:.....	59
<b>5. Mødet mellem sygeplejersken og den døende.....</b>	<b>60</b>
5.1 Udfordringer i mødet i forhold til begrebet ‘håb’.....	61
5.1.1 Værenshåbet som alternativ til det konkrete håb.....	63
5.1.2 Løgstrup og håb.....	66
5.2 Omsorgstræthed i relation til eksistentiel og åndelig omsorg.....	71
5.2.1 Sygeplejerskens dobbelte sårbarhed.....	73
5.2.2 Den eksistentielle selvrefleksion.....	75
5.2.3 Fælles kollegial eksistentiel og åndelig refleksion.....	75
5.3 Familiemetaforen som mestringsstrategi.....	76
5.3.1 Personalets sorg når borgere eller patienter afgår ved døden.....	77
5.3.2 Mødets måske umulige eller urimelige krav til den professionelle.....	78
5.3.3 Familiemetaforen som redskab og forskelle mellem plejehjem og gadesygeplejerskens virke.....	80
5.4 Delkonklusion.....	85
<b>6. Diskussion.....</b>	<b>87</b>

6.1 Løgstrup og faren for overomsorg og paternalisme.....	87
6.1.1 Løgstrups urørlighedszone af Kari Martinsen.....	88
6.2 Sammenligning mellem Gadamer, Løgstrup og Martinsens forståelse af dialogen.....	90
6.2.1 Forståelsen og antagelsen om kulturneutralitet og almengyldige sandheder.....	94
6.3 Løgstrups antagelse om tilliden som almenmenneskeligt vilkår.....	97
6.3.1 Rosa og Accelerationssamfundet som 'særlige omstændigheder'.....	98
6.4 Martinsen og Rosa om udbændthed.....	99
<b>7. Konklusion.....</b>	<b>102</b>
<b>8. Litteraturliste.....</b>	<b>105</b>

# 1. Indledning

Der tales meget om udbrændthed og depression i det moderne samfund og meget tyder på, at ansatte indenfor nogle bestemte områder er særligt disponeret for disse fænomener. Studier peger på, at op mod 30% af de ansatte inden for plejesektoren er truet af udbrændthed (Nil et al. 2010 s. 72-77). Dette kan altså tyde på, at der ligger en tikkende bombe under nogle af disse essentielle erhverv i samfundet. Der vil i det indeværende projekt være fokus på sygeplejersker, der arbejder med døende borgere. Dette fokus udspringer af en tese om, at disse sygeplejersker kan være særligt udsatte, og at de er i kontakt med borgere, der ligeledes antages at være særligt sårbare eller udleverede i mødet med sygeplejersken. Ikke kun fordi sygeplejerskerne oplever mange dødsfald, men fordi det at være døende fremstår som en meget sårbar position og dermed følger der måske både et øget ansvar og behov for, at de sygeplejersker der arbejder med døende borgere ikke er pressede af udbrændthed. Dette gælder således sygeplejersker på hospice, plejehjem, sygehuse, men også gadesygeplejersker, der arbejder med socialt udsatte borgere med misbrug, og/eller er hjemløse. Sidstnævnte gruppe er i særlig risiko for at opleve en pludselig død eller forværring i sin tilstand, hvorfor vi mener at de har særlig relevans for diskussionen om mødet mellem sygeplejersken og den døende.

Selvom mødet mellem sygeplejersken og den døende kan anskues som noget der blot foregår mellem to individer, mener vi, at det vil være hensigtsmæssigt at antage et helhedsorienteret perspektiv på problemstillingen. Dette underbygges bl.a. ved at trække på inspiration fra Hans-Georg Gadamer og hans udlægning af, hvordan man opnår ny forståelse. At forstå sig på noget eller nogen involverer langt mere end bare det enkelte menneske, fordi den enkelte altid er indfældet i en situation, et samfund og en helhed, som har afgørende betydning for hvordan der forstås. Netop i et møde, hvor der er fundamentale problemstillinger i forhold til død (og liv) på spil, kan det være vigtigt at sygeplejersken er bevidst om dette, således at mødet bliver præget af en passende åbenhed.

Dette tolkes i indeværende projekt som en opfordring til en helhedsorienteret undersøgelse af rammerne og de dele, der udgør konteksten både for sygeplejersken som fagperson, og som en del af det nuværende samfund. Dette med henblik på netop at blotlægge den historiske betingethed for mødet og dermed opnå større indsigt i problemstillingen. For at kunne belyse sygeplejerskernes historiske betingethed vil der bl.a. blive trukket på Hartmut Rosa's teori om resonans, fremmedgørelse og accelerationssamfundet. Dette udspringer af, hvordan Rosa er begyndt at blive inddraget til at belyse strukturelle udfordringer i sygeplejerskers virke af bl.a. Camelia López-Deflory, der er ansat som forsker i afdelingen for sygepleje og fysioterapi på Health Research Institute of the Balearic Islands i Spanien. Her skriver hun følgende ud fra Rosas bog om resonans i artiklen *Social acceleration, alienation, and resonance: Hartmut Rosa's Writings applied to nursing*:

[...] it is essential to inquire into institutional conditions affecting individuals collectively. In this sense, Rosa argues that the way in which individuals relate to themselves and act in the world is grounded on an institutional order that is reproduced by individuals themselves (López-Deflory, 2022, s.6).

Der er således blik for, at man kan opnå ny forståelse ved at fokusere samfundets påvirkning af sygeplejerskerne (helheden i relation til enkeltdelene), for at forstå, hvordan sygeplejerskerne forholder sig til sig selv og til det samfund, de agerer indenfor. Der er således ikke lagt op til formaninger om hvad sygeplejerskerne bør gøre, hvordan samfundet bør struktureres, hvilke værdier de bør være præget af, eller hvordan den døende bør forholde sig til sygeplejersken i mødet med denne. Hensigten er derimod, at forstå det partikulære møde mellem sygeplejersken og den døende ved at få indsigt i den helhed, der former mødet. For at forstå den helhed er det dermed nødvendigt at belyse de enkeltdele, der udgør og dermed former helheden, hvori det partikulære møde formes og udfolder sig. På den måde kan projektet agere som en opfordring til yderligere undersøgelse af ændringer eller løsninger ud fra et mere helhedsorienteret perspektiv. Dette fører os til følgende problemformulering:

## 1.1 Problemformulering

### Hvilke forudsætninger former mødet mellem sygeplejersken og den døende borger?

Hensigten med dette fokus er, at projektet kan tjene som et bevidstgørelsesprojekt, der kan støtte fagprofessionelle til at reflektere over de forudsætninger de er underlagt og på den måde opnå en ny forståelse af mødet med den døende. Filosofiens rolle i dette er således at tage det første spadestik, og undersøge de forudsætninger og enkeltdelen der former rammen for den helhed, hvori det partikulære møde finder sted. Der er således ikke lagt op til at finde en løsning på de problemer der vil blive diskuteret, men derimod at give en indsigt i den kompleksitet der former det enkelte møde. Dette vil blive forsøgt belyst ud fra et helhedsorienteret perspektiv og diskuteres ud fra Hartmut Rosa's teori om resonans, fremmedgørelse og accelerationsamfundet med henblik på at blotlægge samfundsmæssige tendenser og forklare hvilke strømninger der er med til at forme rammerne for sygeplejerskens virke. K. E. Løgstrup og Kari Martinsen vil endvidere blive inddraget med henblik på at diskutere både sygeplejerskens faglige ethos, samt hvilke krav der stilles til sygeplejersken i mødet med den døende.

Dette vil blive besvaret på følgende måde:

## 1.2 Fremgangsmåde

I afsnit 2 vil vi redegøre for døden som begreb, og 'den gode død' ud fra et historisk perspektiv. Dette med henblik på at opnå indsigt i, hvordan dette kan tænkes at præge mødet med den døende i dag. Afsnit 3 er en redegørelse af Rosa's teori om resonans, fremmedgørelse og acceleration for at kunne belyse, hvordan samfundstendenser kan tænkes at situere sygeplejersken ift. omsorgstræthed og den døende ift. at opleve 'en god død'.

I afsnit 4 fremstiller vi Løgstrups teori om den etiske fordring og de suveræne livsytringer, med henblik på at afdække sygeplejerskens etiske fundament. Dette fremlægges ud fra Martinsens

omsorgsfilosofi, der netop trækker på Løgstrups begreber, men sætter dem i en sygeplejeetisk kontekst.

I afsnit 5.1 udforsker vi håbets rolle i sygeplejerskens møde med den døende, for at afdække eventuelle udfordringer i definitionen af håb. Dette faciliteres bl.a. med inddragelse af et såkaldt værenshåb, som alternativ til det konkrete håb om helbredelse. Afsnit 5.2 tager afsæt i omsorgstræthed, og der vurderes, hvorvidt dette kan være relateret til eksistentiel og åndelig omsorg. Dette ud fra at sygeplejerskens virke bl.a. er at understøtte håb, og at dette tolkes som et udtryk for denne form for omsorg. Der udlægges endvidere tre forskellige fokusområder med henblik på, at modvirke omsorgstræthed for sygeplejersker, hvilket bl.a. tjener til yderligere at belyse udfordringen for de sygeplejersker, der ikke kan benytte sig af den mestring der ligger i disse fokusområder. Slutteligt bliver der i afsnit 5.3 sat fokus på, hvordan sygeplejersken er situeret til at håndtere sorg, når der forekommer dødsfald. Dette med henblik på, at belyse sygeplejerskens balancegang mellem indlevelse hos den døende og en professionel distance. Afslutningsvis inddrages familiemetaforen, som en mestringsstrategi til denne balance for at belyse eventuelle forskelle mellem sygeplejersker på hospice og plejehjem, overfor gadesygeplejerskens virke.

Afsnit 6 har til formål at diskutere og kritisere potentielle mangler hos Løgstrup og Martinsen. Dette sker ved at vi i afsnit 6.1 diskuterer om hvorvidt Løgstrup, og dermed også Martinsen, med sin teori opfordrer til overomsorg og paternalisme. I afsnit 6.2 diskuteres forskelle mellem Gadamer, Løgstrup og Martinsens forståelse af det essentielle i dialogen og mødet mellem mennesker. Dette med henblik på at diskutere, hvorvidt Løgstrup og Martinsen antager, at være kulturneutrale og hvordan dette potentielt kan præge mødet mellem sygeplejersken og den døende. Afsnit 6.3 er en problematisering af Løgstrups antagelse om tillid som almenmenneskeligt vilkår, og indeholder ligeledes en tese om, hvordan Rosa's teori om accelerationsamfundet kan ses som udtryk for særlige omstændigheder, der undergraver den almenmenneskelige tillid.

Dernæst følger en diskussion ud fra Martinsen og Rosa for yderligere at afdække udbrændthed og hvordan teorierne kan give indsigt i sygeplejerskens situation. Slutteligt følger en samlet konklusion på de forudgående afsnit.

### 1.2.1 Metode

Projektets fokus på at forstå mødet mellem sygeplejersken og den døende ud fra et helhedsorienteret perspektiv, trækker som tidligere nævnt på inspiration fra Gadamer og hans udlægning af hvordan man opnår ny forståelse. Ifølge Gadamer kan dette forklares ud fra den hermeneutiske cirkel, og selvom denne ofte er brugt til at forklare hvordan forståelse af tekst fungerer, kan dette ligeledes appliceres til forståelse generelt (Jørgensen, 2009, s.74ff).

Læsning [og forståelse] foregår i cirkelbevægelser, dvs. en vekslen frem og tilbage mellem helheds og delforståelse: Vi forstår delene ud fra helheden, og forstår helheden ud fra delene (Jørgensen, 2009, s. 74).

En sætning skal forstås ud fra sine dele (de enkelte ord) og de enkelte ord skal ligeledes forstås i relation til den helhed, de indgår i (sætningen og dennes kontekst). I den klassiske hermeneutik forstås denne cirkulære bevægelse i forståelsen som et metodisk greb, men hos Gadamer er der i stedet tale om et grundvilkår for alt forståelse. Set fra et filosofisk-hermeneutisk perspektiv er de enkelte dele af forståelsesprocessen altså altid forbundet til helheden. Dermed kan man argumentere for, at et møde mellem to mennesker altid må ses i et større perspektiv, og ud fra dette perspektiv vælger vi således at vende os mod den helhed, hvori mødet mellem sygeplejersken og den døende udfolder sig. Dette med henblik på at opnå ny forståelse for mødet ud fra den kompleksitet, der udgør rammerne for mødet, samt eventuelle modstridende krav og forventninger som sygeplejersker såvel som døende kan være underlagt. Dette kan f.eks være den døendes forhåbning og forventning til sygeplejersken om nærvær og tilstedeværelse, overfor krav om effektivisering og derigennem strukturelle krav, der fordrer at sygeplejersken bruger kortere tid hos patienten. Dette omfatter således både samfundet som helhed og de rammer og krav der gør sig gældende for mødet mellem sygeplejersken og den døende. Et andet grundlæggende træk ved forståelsen er ifølge Gadamer, at forståelsen altid formes af vores forforståelse (Gadamer, 2007, s.264ff).

Dette viser sig helt konkret, når man for eksempel ser nogle plastikbeholdere med vand i på et bord, og identificerer disse som værende vandflasker. Dette forudsætter både en forståelse af vand, flasker, beholdere og det at de står på et bord kan ligeledes i mange kontekster tolkes som en



invitation til, at disse må tages og drikkes af. Eksemplet viser hvordan konceptuel og begrebslig forforståelse er nødvendig og med til at forme måden man interagerer på, og forstår den verden man konfronteres med. Den historisk betingede forforståelse er dog mere omfattende end eksemplet kan belyse. For at eksemplificere dette ud fra konteksten kan man fremhæve, hvordan man i et sekulariseret kulturkristent samfund typisk forbinder døden med noget negativt, og som en definitiv afslutning på individets liv. Det er en forforståelse som kan gennemsyre forholdet til døden og til det at være døende på en måde, der ud fra Gadammers teori kan være svær at blive bevidst om, med mindre man konfronteres med en forforståelse der divergerer fra ens egen (Jørgensen, 2009, s.85). Det kan være i mødet med en person der tror på reinkarnation efter døden, men selv i mødet med en anden historisk situeret forforståelse vil man være styret af sit eget perspektiv på døden og kan ikke uden videre blot vælge, at tænke anderledes omkring døden og f.eks tro på reinkarnation. Det skal dog ikke forstås deterministisk, men nærmere at det kan være svært at ændre sit perspektiv. Et af de elementer, der især præger vores forforståelse er den samtid og det samfund, man er situeret i. Dette omfatter bl.a. det Gadamer refererer til som historisk betingethed. Al fortolkning og forståelse er ud fra vores historiske betingethed. For at forstå mødet mellem sygeplejersken og den døende er det således også relevant at forstå, hvad disse er historisk betinget af og derigennem også, hvad vi i vores forståelse af emnet er betinget af.

## 2. Idéen om ‘Den gode død’

I indeværende afsnit vil vi belyse, hvorledes samfundsmæssige strukturer og forudsætninger er med til at forme mødet mellem sygeplejersken og den døende. For at kunne gøre dette, vil vi undersøge døden som begreb og ligeledes hvordan dette har udviklet sig gennem de sidste ca. 1000 år, set ud fra et historisk perspektiv. Dette kan bidrage til en forståelse af fænomenet ‘den gode død’ samt de tilknyttede værdier og normer, som er væsentlige for forståelsen af sygeplejerskens tilgang til den døende, og ikke mindst den kompleksitet der er forbundet med dette møde.

Døden er et uomgængeligt vilkår for alle. Det er et vilkår, man som menneske er bevidst om, men som de fleste ikke er fortrolige med. For manges vedkommende er døden forbundet med uro og ængstelse, hvilket til dels kan udspringe af, at man ud fra et sekulært perspektiv aldrig helt kan vide hvad der sker når man dør (Ilkjær, 2021, s. 229). Blandt mennesker er der mange forskellige forestillinger om hvad der sker når døden indtræder, men døden forbliver et mysterium for de fleste. Mange har ligeledes en forhåbning om, at livets afslutning bliver god og at den er præget af ro og smertefrihed (Ibid., s.232). De fleste håber altså på en god og smertefri død, men hvad ligger der egentlig i begrebet ‘den gode død’? Og hvordan kan idéen om ‘den gode død’ tænkes at have en indvirkning på mødet mellem sygeplejersken og den døende?

Begrebet ‘den gode død’ antages at have stor indflydelse på både sygeplejerskens og den døendes forventninger til livets afslutning, og begrebet vil blive yderligere belyst i det kommende afsnit. Forud for dette følger en udlægning af døden i en historisk kontekst, for at belyse den historiske betingethed begrebet fører med sig i forståelsen af ‘den gode død’.

### 2.1 Den gode død i et historisk perspektiv

Formålet med dette afsnit er at belyse døden som begreb og hvordan vores forståelse af døden har forandret sig gennem tiden. Forskellige kulturelle og historiske strømninger har sat sit præg på vores forståelse af døden samt de værdier og normer, der har været tilknyttet døden som begreb.

At se døden ud fra sin historiske kontekst kan bidrage til at belyse grundlaget for den nuværende forståelse af døden og derigennem også vores opfattelse af den gode død. For at blive bevidst om det man i sin egen forståelseshorisont blindt tager for givet, er det netop hensigtsmæssigt ifølge Gadamer at blive konfronteret med et perspektiv der divergerer fra ens eget (Jørgensen, 2009, s.85). Tidligere tiders forståelse af døden kan således tjene som et vigtigt afsæt for den videre undersøgelse af hvordan det nuværende perspektiv på dødens ethos kan tænkes at præge både sygeplejersken, den døende og deres indbyrdes møde.

Formålet er at give et overskueligt overblik over dødens historicitet de sidste 1000 år, der kan bidrage til ekspliciteringen af relevante forståelser og normative antagelser om dødens dimensioner, som knytter sig til fænomenet i dag. Det skal indledningsvis pointeres at der i det indeværende projekt, udelukkende fokuseres på dødens historie ud fra en vestlig kontekst.

Michael Hviid Jacobsen er sociolog og beskæftiger sig blandt andet med thanatologi<sup>1</sup>, hvilket inkluderer videnskabelig undersøgelse af døden og de tab, der følger heraf (Jacobsen, 2010a). I det kapitel der vil blive refereret til, trækker Jacobsen referencer til den franske historiker Philippe Ariès.

Jacobsen hævder at dødens historie er forenelig med livets historie (Jacobsen, 2011 s. 15). En redegørelse af dødens udviklingsproces gennem tiden, bliver derfor følgelig også en redegørelse af normer, værdier og strømninger, der er kendetegnende for livet. Grundlægger af hospicebevægelsen, Cicely Saunders, er enig i denne måde at anskue døden og livets forenelighed på (Saunders, 2021, s.17). Saunders pointerer, hvordan den døende indgår som en del af et net af relationer, både af personlig og familiær karakter. Hun fremlægger yderligere i forlængelse heraf, hvordan disse relationer er påvirket af historien og kulturen omkring, dette formulerer hun på følgende måde, som en fundamental måde at anskue døden og livet på:

Det at blive konfronteret døden er at blive konfronteret med livet, og det at forlige sig med det ene betyder, at man lærer meget om det andet (Saunders, 2021, s. 17).

---

<sup>1</sup> Thanatologi betyder 'læren om døden'

En accept af døden, og dens rolle i forhold til det menneskelige liv, kan med andre ord hjælpe os med at få en vigtig indsigt i både hvad døden og livet egentlig er. Der tages forbehold for at følgende udlægning af historiske tendenser vil blive udlagt som skarpt adskilte paradigmer, på trods af at realiteten formentligt er, at der er forekommet glidende overgange med større eller mindre overlap i forholdet til døden. Dette bidrager ikke desto mindre til et overskueligt billede af dødens udvikling og betydning gennem tiderne, der videre kan bidrage til forståelsen af den gode død førhen og i dag.

Døden i middelalderen (fra omkring 1000 tallet) var et domæne, der vedkom alle i det lokale samfund (Jacobsen, 2011, s. 16). Døden var anset som en normal og naturlig del af livet, blandt andet på baggrund af en høj dødelighed som følge af bl.a. epidemier, dårlig hygiejne og ringe lægevidenskabelige kundskaber m.m. Det lokale fællesskab, der typisk var udgjort af landsbyen og oplandet, deltog og bidrog med trøst og vejledning til den døende ved livets afslutning. Ritualer var en almindelig del af det, at et menneske var døende og i det hele taget var døden ikke forbundet med frygt på samme måde, som det gør sig gældende i senere tidsperioder. *Ars moriendi*, betyder kunsten at dø, og var et udtryk der havde stor betydning i forbindelse med døden i middelalderen (Ibid., s. 18). Døden blev anset som opnåelse af maksimal bevidsthed i dødsøjeblikket, hvor også meningen med livet ville blive åbenbaret. Døden blev anset som en overgang til efterlivet og derfor var bestræbelserne på at facilitere den gode død højt prioriteret. Der var til døden knyttet forskellige taboplevelser som den døende skulle forholde sig til med afsæt i *ars moriendi*, blandt andet tab af livsorientering, troen på frelse, jordiske efterladenskaber, lidelse og stolthed (Ibid., s. 17). Der er altså fokus på at hjælpe den døende til at acceptere eller finde ro i det, der mistes, når døden indtræffer. I middelalderen var det det lokale fællesskab, der søgte åndelig og religiøs vejledning, ofte i form af ceremonier, ritualer eller andre religiøse forestillinger, som man mente bidrog til, at den døende kunne få en tålelig og god død. Efter dødens indtræden lå den døde krop til åbent skue for det lokale samfund, hvilket understreger, at døden på dette tidspunkt ikke ansås som skamfuld eller som noget der skulle gemmes væk. Den gode død indebar altså det at opnå en god overgang til efterlivet gennem en åbenbaring af maksimal bevidsthed, hjulpet på vej i form af råd og vejledning af det lokale fællesskab, som bidrog til *ars moriendi* på baggrund af en form for accept af det den døende skulle give slip på.

I den sene middelalder og renæssancen (fra omkring 1200 tallet) starter en individualisering af døden og der hersker en stigende frygt for døden, der udspringer af frygten for at komme i helvede eller skærsilden (Jacobsen, 2001, s. 16). I denne tid anskues menneskers liv som havende intrinsisk værdi og døden fremstod i modsætning hertil som en afslutning på dette liv, og hentede ikke som tidligere den overvejende værdi i det hinsides, men dog havde det hinsides stadig betydning. Den kristne tro udbredtes, og den døendes liv stod til revision for, om vejen ville føre til himmel eller helvede, som et personligt ansvar for sit eget efterliv (Graven, 2015, s. 192). Ritualer spillede stadig en rolle i forbindelse med døden, og var en måde hvorpå den døende blev stillet til regnskab for sine gerninger, men blev givet muligheden for at sikre sin vej til himmelen ved at bekende sine synder og give afkald på det jordiske liv. Man kan derigennem opnå kontrol over at komme i himlen ved at afgive kontrollen over sit jordiske liv. Den gode død blev altså anset som det at finde den rette vej til himmelen i håbet om det evige liv. I modsætning til tidligere blev den døde krop nu tildækket og gemt væk i en kiste, hvor det tydeliggøres at døden har fået tilføjet et æstetisk element.

I romantikken (ca. 1800 tallet) er dødsopfattelsen formet af opmærksomheden på de efterladte frem for den døende selv. Følelserne omkring døden er omdrejningspunktet, snarere end den døende krop på dødslejet, som tidligere. Håbet om et efterliv i forening med Gud bliver i større grad erstattet af et håb om genforenelse med sine kære (Ibid., s. 195). Idealet for døden blev 'den smukke død' og dermed en idealiseret død, hvor rituelle handlinger blev afløst af en æstetisk begivenhed i forbindelse med besøgende og selve afskeden. Døden får metafysisk karakter og bliver et åndeligt og eksistentielt vedkommende frem for et kropsligt. Der er et fokus på sorg, som eksempelvis udtrykkes æstetisk gennem sørgedragter, smukke grav- og mindestene, og kom ligeledes til udtryk gennem bl.a. kunst og litteratur. Denne æstetik og idealisering var også et udtryk for en frygt for døden og det rædselsfulde, der kunne knytte sig til den. Der opstår et større fokus på de efterladte og sørgende i denne tidsperiode samt håbet om en forenelse i det hinsides, end på selve den døende. Den gode død kan i denne tidsperiode anses som tilknyttet et stærkt håb om forenelse i det hinsides, som kontrast til den omtalte frygt for døden.

I det 20. århundredes moderne samfund bliver døden tiltagende individualiseret og sekulariseret. Døden bliver i bred opfattelse et lægevidenskabeligt anliggende, hvor man fokuserer på at tilegne sig viden om kroppen ud fra et objektivt synspunkt (Graven, 2015, s. 205). Døden bliver altså en fysiologisk interesse, som frarøves en meningsgivende metafysik. Eksistentielle og åndelige spørgsmål i forbindelse med døden, er blevet fjernet fra en religiøs og fælles kontekst til i højere grad at være op til den enkelte. Der voksede ligeledes en tabuisering af døden frem og det blev mere almindeligt at dø i institutionelle rammer, som fremstod som et sted hvor den døende kunne gemmes væk. Døden blev opfattet som uren, upassende og i nogen grad forbundet med skam, pga. den døendes afhængighed af hjælp i et samfund, der ellers byggede på grundtanken om det uafhængige menneske (Ibid., s. 205). Der er således sket et skifte i forståelsen af døden fra, at man i den tidlige middelalder, hvor den døde lå til offentlig skue både før og efter dødens indtræden, til at man i senmiddelalderen og romantikken gemmer den døende væk i en kiste og videre til det 20. århundrede, hvor man kan hævde at den døende bliver gemt væk allerede før døden indtræffer. Samtidig sker en ændring i samfundets håndtering af døden, fra at det lokale fællesskab hjælper den døende til at dø fredfyldt og en afmystificering af døden finder sted uden religiøs forklaring, videre til en tabuisering af døden, hvor det bliver op til den enkelte at finde ro, da døden er blevet forbundet med noget skamfuldt. I det 20. århundrede var det at skulle dø i højere grad præget af en eksistentiel ensomhed for den døende, i takt med at mange spørgsmål blev op til den døende selv at finde svar på, men ligeledes på grund af den sociale isolation og forladthed (af sine nærmeste) på hospitalet. Fællesskabet i hjemlige rammer udskiftes, de nærmeste pårørende blev besøgende i stedet for ansvarlige, og måtte tilpasse sig de gældende institutionelle regler for færden på hospitalet (Ibid., s. 201). Den døende blev overladt til professionelle i hertil passende rammer og de besøgende måtte følge de kulturelt konstruerede normative regler, som på dette tidspunkt krævede, at man som besøgende var lavmælt, hvilket ikke gav plads til højlydt gråd eller lignende fra sørgende på hospitalet. Der var dermed også et fravær af ritualer og traditioner. Grundtanken med tidens hospitaliseringer af døende var at forlænge livet og dermed helbrede, hvilket ikke i alle tilfælde var muligt og kunne karakteriseres som der var blevet fejlet. Dette vil eventuelt kunne lægges til grund for at man ikke talte om døden, heller ikke til den døende, som på denne måde forblev uoplyst om egne fremtidsudsigter. Dette element vil vi vende tilbage til i forhold til håbets rolle i mødet med den døende i afsnit 5.1.

Overordnet set sker der på tværs af ovenstående historiske opdelinger af dødens udvikling i en samfundsmæssig sammenhæng, også andre bevægelser der har betydning for, hvordan man i dag ser og forholder sig til døden. Der er blandt andet sket en tiltagende individualisering i forhold til døden, som tager udgangspunkt i det enkelte menneskes oplevelse af og bestræbelser for livet og dermed også døden (Jacobsen, 2011, s. 19). Der finder en sekularisering sted, som gradvist aflader religionens betydning i forhold til døden og de meningsføgende spørgsmål, der kan opstå i forbindelse med døden. Der er vokset en teknologisering og medikalisering frem, som enten fordres af eller selv fordrer et naturvidenskabeligt verdensbillede. Dette verdensbillede har medført, at sygdom og død bliver varetaget af professionelle frem for familien selv (Ibid., s. 20). Mennesket er ydermere blevet mere materialistisk orienteret med fokus på en konstant tilegnelse af nyt og som mennesker er vores fortrolighed med døden blevet distanceret og karakteriseret som fremmedgjort. Denne fremmedgørelse anses som et vigtigt aspekt og vil blive belyst yderligere ud fra Hartmut Rosa's teori i afsnit 3. Disse ovenstående udviklingstræk bliver gennem tiden gradvist forstærket med en distancering væk fra det nære forhold til døden.

I det senmoderne samfund hævder Jacobsen med inspiration fra sociolog Zygmunt Bauman, at der sker en konstant dekonstruering af døden (Ibid., s. 22). Bauman forklarer tendensen på følgende måde:

[...] vores samfund har dekonstrueret døden ved at gøre den til noget, vi kan håndtere og forholde os til (Jacobsen, 2011, s. 22).

Da døden er et faktum for menneskelivet og karakteriseres som livets modsætning, arbejder man altså med at gøre visheden om døden til noget man kan leve med. Døden er i det senmoderne samfund ikke forbudt, som i det moderne samfund, men den kulturelle udvikling og dermed vores forståelse af døden gør, at vi definerer den anderledes. Man konfronterer døden i stedet for at forsøge at bortforklare den på baggrund af en opfattet meningsløshed, som fandt sted i moderniteten, og døden kan i det senmoderne samfund karakteriseres som en fjende og ikke mindst et nederlag for videnskaben. Dette er en videreudvikling fra at man i moderniteten forsøgte at gemme døden væk og på denne måde måske i virkeligheden ikke gav sig i kast med at bortforklare den. Der hersker i senmoderniteten en naturvidenskabelig indstilling til døden, der

behandles eksempelvis i længere og længere tid, og døden kan bære præg af at være et teknisk fænomen, der forekommer ved behandlingens ophør eller fejlen. Lægevidenskaben formår at holde mennesker kunstigt i live som et eksempel på et forsøg på at overkomme dødens realitet og i stedet skubbe den væk. Døden kan også opfattes som et nederlag for individet, der ikke kan udfolde sit ønskede livsprojekt, hvis døden indtræffer før forventet tid og i stedet for efter et langt liv. Døden bliver med andre ord fremmedgjort for mennesket.

I dag, nærmere bestemt det 21. århundrede, er døden i et vis omfang ved at blive en mere nærværende del af samfundet igen. Det palliative felt har været en af de medvirkende årsager til dette og har bidraget til en ny dekonstruktion af døden, en såkaldt postmoderne dekonstruktion (Ibid., s. 30). Det hævdes at døden dekonstrueres i to forskellige, og i forhold til tidligere, nye måder, der repræsenterer forskellige samfundsmæssige værdier og forståelser. En såkaldt 'postmoderne dekonstruktion', der peger på det enkelte menneske som 'herre i eget hus', hvor der er fokus på personlige følelser, beslutninger og ønsker for eget liv og død som det absolut vigtigste. Dette er ligeledes understreget i de sygeplejeetiske retningslinjer hvor der henvises til, at man skal bistå til en værdig død og det værdige er forbundet med hvad der for individet opleves som værdigt (Sygeplejeetisk Råd s. 10 punkt 4.3). Den anden, kaldet 'den senmoderne dekonstruktion', trækker stadig stærke tråde til det moderne samfund, hvor der herskede et ønske om kontrol over døden (Jacobsen, 2011, s. 31). Denne tilgang videreudvikles i denne dekonstruktion som en modpol til den postmoderne dekonstruktion med en pendulering mellem professionel ekspertise og den døendes personlige valg. Denne konstruktion sætter fokus på ekspertise, rådgivning og vejledning af psykologisk karakter i forbindelse med døden, som en form for kontrol. Dette fylder mindre i postmoderniseringen af døden, som stoler mere på den enkeltes følelser og intuitioner i forbindelse med døden. Både den postmoderne og senmoderne dekonstruktion af døden gør sig gældende på nuværende tidspunkt, men de kan variere i grader fra land til land og sågar også fra person til person.

For kort at opsummere forholdet til døden gennem de sidste 1000 år, kan man pege på en udvikling fra at døden var noget som var en accepteret del af livet og hvor den døde blev lagt frem til offentligt skue, hvor døden senere bliver til noget skamfuldt og den døende bliver gemt væk



allerede før døden indtræffer. Ligeledes er der et skift væk fra at ritualerne forbundet med døden havde fokus på den døende selv, hvor der i romantikken og senere blev et øget fokus på de pårørende i stedet. Disse to skift fordrer rammer, hvor døden bliver tabuiseret ift. den døende selv og hvor ritualerne først starter efter døden, som begravelsen i kirken for de pårørende. Tabuiseringen af døden bliver forstærket i takt med at lægevidenskaben overtager dødens domæne og døden således afmystificeres. Frakoblingen af det mystiske og religiøse efterlader den døende uden kulturelle ritualer med henblik på at finde ro, samtidig flyttes døden fra det private hjem og ind i institutionelle rammer. Personalet kan derigennem blive den døendes primære kilde til at få en god død. Det er i dette vakuum af manglende kulturelle rammer for at hjælpe den døende, at hospice bevægelsen og den palliative behandling formentligt finder sin validitet. Tilbage i middelalderen var fokus på den døende og ritualerne samt lokalbefolkningen støttede den døende til at opnå accept og ro i mødet med døden. Dette fokus på accept af døden er altså gradvist udhulet og forsvundet gennem de seneste mange hundrede år, men er nu begyndt at vise sig gennem hospicebevægelsen og deres fokus på den gode død. Vi vil derfor bevæge os videre fra den historiske kontekst for døden i den vestlige kultur, med henblik på at afdække, hvordan især sygeplejersker i nyere tid forholder sig til døden og med særligt fokus på hvordan den døende hjælpes til en god død.

## 2.2 Hvad er en god og værdig død i palliativ kontekst?

Den engelske læge, sygeplejerske og socialrådgiver Cicely Saunders er grundlæggeren bag den moderne hospicebevægelse og hospicefilosofien, der bygger på et ideal om *'den gode død'* (Saunders, 2021, s. 6). Saunders oprettede det første moderne hospice, St. Christopher's Hospice i London i 1967 og var en stor fortaler for den palliative<sup>2</sup> indsats. Den gode død definerede hun som pleje og behandling til døende med udgangspunkt i det enkelte menneskes opfattelse af sygdom og lidelse (Jacobsen, 2011, s. 44). Der kan derfor ikke gives en klar definition for, hvad den gode død er for det enkelte menneske, netop fordi der stiles efter en kontekstsensitivitet, der tager udgangspunkt i den døende som individ. Hun argumenterer dog for, at man som professionel

---

<sup>2</sup> At palliere er en afledning af det latinske ord 'palliare', som betyder at dække med en kappe – metafor for den lindrende omsorg der er essentiel for døende og deres pårørende (Jacobsen & Dalgaard, 2011, s. 12)

pejler efter en fredelig død præget af forsoning og åbenhed, hvilket tjener som retning for omsorgen til den døende (Busch, 2011, s.184).

Fokus i den palliative indsats er rettet mod at skabe vilkår og rammer, hvor lindring af lidelse og smerte hos den døende er af høj prioritet. Det drejer sig ikke kun om lindring af fysisk smerte, men ligeledes smerte af psykisk, social og åndelig/eksistentiel karakter. Dette fokus på mange typer af smerte er samlet i Saunders begreb om 'total pain' og begrebet er efterfølgende blevet epokegørende inden for palliativ pleje, behandling og omsorg (Ibid., s.184). 'Total Pain' åbnede op for en helhedsorienteret tilgang til den døende, hvor lidelse bliver forstået ud fra den døendes erfaring og fortælling (Ilkjær, 2001, s. 233).

Det hævdes at hospicefilosofien kan udøves alle steder, hvor der er brug for lindrende indsats. Det afgørende er blot at relationen er præget af nærvær, værdighed og at sygeplejersken er lyttende til stede i relationen over for den døende. Denne tilstedeværelse er fundament for at give respekt og omsorg til den døende og anses samtidig som afgørende for, hvordan den døende mestrer sin livssituation og evner at finde håb og eventuel forsoning i den sidste tid af deres liv (Kopp, 2011, s.52). Dette fokus på håb som et vigtigt aspekt af det sygeplejersken skal kunne facilitere til den døende, vil blive belyst yderligere i afsnit 4.1 ud fra artiklen *Health professionals' view on the role of hope and communication challenges with patients in palliative care: A systematic narrative review* (2022). Artiklen sætter netop fokus på, hvor vigtigt håb er for døende patienter, men at håbet kan skifte karakter i løbet af deres forløb som døende. Det er derfor essentielt at sygeplejerskernes forståelse af håb ikke er statisk, men kan rumme og lytte til den døendes potentielt omskiftelige behov i relation til håbet og hvad håb indebærer for dem.

Kirsten Kopp, der er tidligere hospicechef i Vejle og har over 30 års erfaring med at arbejde med kræftsyge skriver i bogen "Ved livets afslutning", at de fysiske rammer ikke er afgørende for palliationen, men kan kvalificere den palliative indsats (Kopp, 2011, s.52). Såfremt denne antagelse er fremherskende inden for feltet, kan det potentielt fremstå problematisk, hvis idealet for palliation tages ud af hospice regi og inddrages i andre dele af sundhedssektoren. Dette følger ud fra, at hvis palliation som tidligere nævnt handler om at skabe vilkår og rammer for at kunne lindre,

virker det ikke til, at hospicefilosofien og dermed den gode død har de samme muligheder og grundlag for at lykkes hos alle borgere i samfundet.

Det fremstår i hvert fald problematisk, hvis man antager, at gadesygeplejersken der arbejder med misbrugere og hjemløse kan skabe de samme rammer og dermed vilkår for lindring, som eksempelvis hospicesygeplejersken kan i sine trygge og rolige fysiske rammer med mange ressourcer til at støtte den døende i form af medicin, personale og tilstedeværelsen af pårørende. Kun få socialt udsatte borgere bliver indlagt på hospice i forbindelse med livets afslutning og dør i stedet ofte i egen lejlighed, pludseligt eller indlagt på hospitalet, hvis der er et særligt behov for pleje og lindring (Rådet for socialt udsatte). En problemstilling, der er tilknyttet de socialt udsatte døende, er at mange lever med kroniske sygdomme eller uidentificerede sygdomme, hvor smerter er en del af hverdagen og som ofte medfører en smertelindring gennem daglig selvmedicinering af alkohol eller lign. (Graven, 2021, s. 31). Dette er med til at besværliggøre identifikation af en uhelbredelig sygdom, eller at identificeringen sker meget sent. Ydermere kan det ligeledes være svært for gadesygeplejersken at skelne en livstruende sygdom fra en såkaldt livstruende tilstand relateret til livet som socialt udsat i form af misbrug, fattigdom, usikre boligforhold m.m (Ibid., s. 31). Dette skaber potentielt en ulighed ift. at yde og dermed modtage kvalificeret palliation alt efter, hvor man er situeret i samfundet. Dette er en problematik der vil blive udfoldet yderligere i det efterfølgende afsnit 2.3. Forud for dette vil begreberne 'den værdige død' og 'den gode død' blive forsøgt defineret og diskuteret i forhold til at belyse det komplekse ansvar, der er knyttet til sygeplejerskens rolle i mødet med den døende.

Sygeplejeetisk råd udlægger sygeplejerskers opgave på følgende måde:

[Sygeplejersker skal] bistå til en værdig død og medvirke til, at udsigtsløs behandling afsluttes eller ikke iværksættes (Sygeplejeetisk Råd 2014, s. 10 punkt 4.3).

Definitionen fremstår ikke som kontroversiel, men det fremgår ikke tydeligt, hvordan 'den værdige død' defineres. Det sygeplejeetiske råd bidrager ikke med en klar definition, men de understreger dog at begrebet dækker over en værdighed som den døende har krav på og fordrer til at den døende skal behandles med respekt af pårørende såvel som personalet (Sygeplejeetisk Råd, 2014, s. 10). De fremhæver ligeledes, at en værdig død er noget individuelt, da respekten og værdighed

skal være på den døendes præmisser og således ud fra deres kulturelle, religiøse og personlige forståelse af dette (Dalgaard, 2011, s. 82). Dette er ligeledes et tydeligt tegn på, hvordan den postmoderne forståelse af døden gør sig gældende og dette er afspejlet i dette fokus på individets egen forståelse af værdighed m.m. der netop indgår i retningslinjerne fra det sygeplejeetiske råd.

Dette stiller således høje krav til sygeplejerskens faglighed og evne til at lytte til den døende for at få indsigt i netop deres forståelse af en værdig død. Respekten ligger således i at være lydhør for den døendes ønsker og forståelse af en værdig død, hvilket kan være en vanskelig opgave, hvis den døende kommer fra en anden kultur eller har en markant anderledes værdighedsforståelse end sygeplejersken selv. Ifølge Gadamer er disse møder med en forståelse, der divergerer tydeligt fra vores egen, vigtige fordi de kan være gunstige ift. at blive bevidst om nogle af de forforståelser man til dagligt tager for givet (Jørgensen, 2009 s.85). Fremmedhed er ligefrem en betingelse for at opnå ny forståelse og for at kunne stille spørgsmål til ens egne meninger og fordomme. Dette kan vise sig både på hospice såvel som ved gadesygeplejersken, dog vil der potentielt være en større forskel mellem en sygeplejerske og en hjemløs døende person med et aktivt misbrug, som derigennem kommer fra en anden klasse eller kulturel baggrund, end der vil være i mødet med en døende på hospice fra den øvre middelklasse. Dette udspringer af, at livet som socialt udsat antageligvis ligger længere fra det liv som sygeplejersken selv lever og dette kan fordre en forskel både på et værdimæssigt plan, men ligeledes kan det fordre forskellige måder at bruge sproget på. Vigtigheden af at blotlægge egen forforståelse med henblik på at undgå en antagelse om kulturneutralitet og dermed sikre en fælles forståelse vil blive uddybet yderligere i diskussionen afsnit 6.2.

For kort at opsummere indeholder begrebet 'den værdige død' altså ikke en klar definition, hvilket kan gøre det udfordrende for sygeplejersker at pejle efter. Det indeholder dog en kontekstsensitivitet, da denne binder sig til den døendes forståelse af værdigheden og døden, hvilket på den måde gør den døendes forståelse af begrebet som det, der pejles efter. Sensitiviteten gør ligeledes at enhver døendes forståelse af værdighed kan blive forsøgt realiseret, hvorimod hvis værdighedsforståelsen ikke var kontekstsensitiv, ville denne således ikke kunne undgå at modarbejde nogle døende individers egen forståelse. Denne definition af en værdig død

fremstår i høj grad kompatibel med Saunders udlægning af 'den gode død' som netop tager udgangspunkt i det enkelte menneskes opfattelse af sygdom og lidelse. Kontekstsensitiviteten er ikke med nødvendighed til stede på samme måde i den følgende definition af 'den gode død' og denne kan således anses som problematisk, hvis de krav denne stiller skal realiseres samtidigt og såfremt alle døende skal have en oplevelse af at blive hørt og blive behandlet med respekt. Den gode død defineres af forskerne Wim Dekkers og Lars Sandman på følgende måde:

En værdig død; en accepteret død; en fredfyldt død; en naturlig død; at dø uden smerter og lidelse; at bevare autonomi og kontrol; åbenhed og bevidsthed om egen død; at være uafhængig af andre; at dø i rette tid; at have sine nære omkring sig; at dø når man sover; en pludselig død; at dø hjemme; en god død for familien ( Kopp, 2011, s. 85).

Der tages forbehold for at dette er Kopp's oversættelse af definitionen fra artiklen *Good death or good life as a goal of palliative care* (W. Dekkers & L. Sandman, 2002). Definitionen fremstår som en lang liste af krav der skal realiseres for, at der er tale om en god død. Den stiller både krav til sygeplejersken om at hjælpe den døende til at dø uden smerter, men samtidig også til at afdække hvad der for den døende kan siges at være en værdig død. Dette kan dog potentielt komme i konflikt med nogle af de andre punkter på listen, hvoraf en barmhjertig læsning således fordrer at listen således må følge en form for hierarki, eller i hvert fald at værdigheden er det vigtigste aspekt. Såfremt den skal tolkes hierarkisk, kan den siges at indeholde samme kontekstsensitivitet som hos Saunders, såfremt der benyttes den tidligere udlagte definition af, hvad en værdig død er. Definitionen gør sig således i bedste fald skyldig i at tage en fælles forståelse af den gode død og en værdig død for givet, ved ikke at ekspliciterer et eventuelt hierarki i listen af det der skal realiseres. I værste fald kan det blive op til den enkelte afdeling eller sygeplejerskes fortolkning i forhold til hvilke elementer der skal vægtes højest eller om de alle skal realiseres for at der er tale om en god død. Dette vil antageligvis føre til, at nogle i højere grad vil fokusere på de mere konkrete punkter. Definitionen af en værdig død fremgår ligeledes ikke, omend dette formentligt kan tilskrives at betydningen af en værdig død afhænger af den døendes forståelse og således ikke kan formaliseres uden for sygeplejerskens møde med den døende som individ. Listen indeholder nogle aspekter der kan fremstå som paradoksale modsætninger og således ikke umiddelbart fremstår som noget der kan realiseres samtidig.

Listen stiller også store krav til den døende, som at de skal opnå en accept af døden og derigennem tage fredfyldt herfra. Der rejser sig også spørgsmål til, hvad det vil sige at dø 'naturligt', såfremt dette henviser til at der ikke udøves aktiv dødshjælp, kan dette samt andre af punkterne fremstå helt eller delvist inkompatible. Dette ses bl.a. ved at man skal bevare autonomi og kontrol,. Hvordan realiseres dette, når et menneske står over for et fænomen som døden, der netop er ude af vores kontrol med mindre der er tale om aktiv dødshjælp eller assisteret selvmord? En pludselig død virker ligeledes inkompatibel med kontrol, men også med "at dø i rette tid" med mindre den pludselige død netop er forbundet med aktiv dødshjælp og således er et valg. Det fremstår også meget uklart, hvordan der kan være tale om "at være uafhængig af andre" på et tidspunkt, hvor man er døende. Dette kan fremstå yderligere paradoksalt, når dette refererer til praksis på hospice, hvor der er mange ressourcer til stede for at støtte den døende på et tidspunkt, hvor de er særligt udsatte og således *ikke* kan anses som uafhængige af andre. Det er altså bl.a. disse modsatrettede krav sygeplejersker skal forsøge at realisere i mødet med den døende og samtidig have øje for, hvad der er særligt vigtigt for det enkelte menneske, for at de føler, at der er tale om en værdig og god død.

## **2.3 'Den gode død' som problematisk ideal uden for hospice**

Begrebet 'den gode død' er som nævnt vanskelig at finde en tydelig definition af, men der hersker ingen tvivl om begrebets vigtighed og særlige position inden for det palliative felt og mere konkret hospicebevægelsen (Dalgaard, 2011, s. 82). Det fremstår også som en vigtig pointe, at der netop ikke er en fastlåst definition for at kunne bevare kontekstsensitiviteten som dermed giver mulighed for at imødekomme den døendes individualitet. Ud fra den tidligere fremlagte definition af den gode død, er det tydeligt at se, hvordan denne definition indeholder flere af de værdier, der gør sig gældende i hospicebevægelsen. Gennem tidens løb er idealet om den gode død begyndt at have sit indtog uden for hospice. Idéen om "at sove stille ind" er blevet et populært udtryk, og denne forståelse er således blevet integreret i sproget hos lægpersoner i Danmark. Dét at idealet for den gode død er begyndt at have indflydelse uden for hospice er dog ikke i sig selv et problem, men Senior lektor Beverly McNamara, som bl.a. forsker i døden og vores forståelse af denne, påpegede

i 1994, at der allerede fandtes flere studier, der indikerer, at idealet ikke længere kan opretholdes og realiseres til fulde selv indenfor hospicebevægelsen (Mcnamara, 1994, s. 1502). Ud fra dette vil idealet antageligvis være endnu mere udfordret uden for hospice regi, hvor der ikke nødvendigvis er samme faglige kompetencer i relation til døden, men samtidig er der måske ikke samme omfang af ressourcer til rådighed for både sygeplejersker og den døende.

Et eksempel på dette kan være de kommunale teams der i Danmark tager sig af at yde støtte og bistand til socialt udsatte borgere. I disse teams arbejder sygeplejersker og socialarbejdere sammen i et felt, hvor netop døden kan fylde meget. Dette fordres bl.a. af, at socialt udsatte borgere har en øget forekomst af sygdomme og tidligere død end den resterende del af befolkningen (Graven, 2021, s. 6). Det er således et felt, hvor de professionelle med overvejende sandsynlighed vil møde borgere som er døende på et givent tidspunkt imens de er ansatte til at støtte denne person. Som tidligere nævnt omfatter dette bl.a. gadesygeplejerskerne, der altså arbejder med bl.a. hjemløse og misbrugere, hvilket er en socialt udsat gruppe, der ikke kan forventes at have de samme ressourcer til rådighed som den gennemsnitlige patient på et hospice. Dette problematiseres yderligere såfremt der hersker en idé om, at der kan skabes de samme forudsætninger for lindring uafhængigt af de fysiske rammer (jf. tidligere inddragelse af Kopp) (Kopp, 2011, s.52). Dette ud fra at gadesygeplejersken ikke har samme rammer og ressourcer til rådighed til at facilitere de fysiske rammer der er på hospice. Kopp siger dog, at der *kan* 'skabes rammer for lindring uanset de fysiske rammer', hvoraf det selvfølgelig ikke følger at disse rammer vil være lige gunstige. Dog fremstår det som en vigtig pointe, at man er bevidst og eksplicit omkring forskellen i de kår der arbejdes under, når man forholder sig til idealet om den gode død. Hvis man derimod stiltiende antager, at der kan skabes de samme forudsætninger uafhængigt af de fysiske rammer, og de ressourcer der er til rådighed hos den døende såvel som sygeplejersken, kan dette være problematisk. Dette ud fra at gadesygeplejersken således vil være underlagt at leve op til idealet for den gode død, og dette kan føre til en oplevelse af nederlag og potentielt øget disponering for udbrændthed, såfremt disse nuancer og forskelle ikke bliver belyst. Dette vil blive problematiseret yderligere i afsnit 3.1.1 ud fra Rosas teori om fremmedgørelse og resonans med henblik på bl.a. at undersøge, hvilke faktorer der kan medføre at særligt plejepersonale (herunder sygeplejersker) er særligt udsatte ift. udbrændthed.

Hvis man inddrager begrebet om 'total pain' har de socialt udsatte også flere udfordrende faktorer i forhold til at have en udsat livsstil og har derfor statistisk flere komplicerende faktorer der kan medføre mere lidelse (Rådet for socialt udsatte s. 35). Ud over de fysiske komplikationer er der også mere sociale og eksistentielle grundvilkår, der fremstår anderledes eller mere prominente hos de udsatte. Vibeke Graven som har sociologisk og filosofisk baggrund, og bred erfaring inden for forskning af eksistentiel og åndelig omsorg i palliation og i forskellige samfundskonstellationer, siger følgende i artiklen 'Usædvanlige livsafslutninger' om de socialt udsattes livssituation:

Det at være "udsat" er i sig selv en position, der adskiller sig fra "normaltilværelsen", og projektet giver på baggrund af både feltarbejde og interview et billede af, at fænomener som ensomhed, skyld og skam hos mange med et usædvanligt liv præget af stoffer eller alkohol fremtræder som et eksistentielt grundvilkår, der sætter præg på den oplevede lidelse ved livstruende sygdom (Graven, 2021, s. 24).

Der er således også tendens til en større eksistentiel lidelse, der er forbundet med et liv, der af mange andre danskere bliver set ned på og en livssituation, som mange måske anser som selvforskyldt, "de kan jo lade være med at drikke og tage stoffer". Ensomheden er også fremtrædende, og nogle af de interviewede socialt udsatte bevidner, at mange nære relationer er døde gennem tiden som følge af en lignende livssituation. Ensomheden kan som resultat heraf blive et overskyggende tema hos den socialt udsatte, der er døende.

For at gøre problemet med at realisere 'den gode død' tydeligere i disse situationer kan man udlede en forståelse af 'den dårlige død' ud fra en antitese om 'den gode død' (Jacobsen, 2010b s. 276f). Definitionen af den gode død omfatter bl.a. at dø med sine nære omkring sig og at dø hjemme, hvoraf dette formentligt ikke er en mulighed for mange hjemløse og misbrugere. Ligeledes kan det problematiseres om, hvorvidt der er tale om at dø i rette tid, når en person dør som følge af misbrug. I artiklen af Graven fremhæves det endvidere, at mange af de udsatte har svært ved at tale om dødens nærvær og at dette måske skyldes kompleksiteten af at frygte døden, og håndtere dette med alkohol, når alkohol samtidig kan være en bærende årsag til at døden nærmer sig (Graven, 2021, s. 23ff). Det skal dog ikke forstås således, at der ikke kan være både sociale og eksistentielle problemstillinger i spil, der medvirker til lidelse for døende på hospice, der



forventes dog en højere forekomst af disse grundet flere belastende faktorer ved de socialt udsatte. Der er således mange faktorer der gør idealet for den gode død problematisk, hvis vi antager at dette kan og skal realiseres i samme grad, eller i nogen grad overhovedet, hvis der ikke tages forbehold for de markante forskelle der kan være på tværs af befolkningsgrupper og de ressourcer der er til rådighed hos dem som skal facilitere den gode død. Dette fører os tilbage til spørgsmålet omkring hvorvidt 'den gode død' er et problematisk ideal uden for hospice.

Ud fra Kopp's oversættelse af definitionen på 'den gode død', fremgår det tydeligt, at der er mange elementer der skal opfyldes for, at den gode død kan realiseres. Ligeledes viser studier at selve idealet kan være svært at realisere inden for hospice regi (Mcnamara, 1994, s. 1502). Dette kan problematiseres yderligere, såfremt der inddrages samfundsmæssige og strukturelle udfordringer, der kan tænkes at præge både sygeplejersker og den døende i en negativ retning ift. at realisere den gode død.

På et hospice har man som udgangspunkt rolige rammer og der er personale ansat, der typisk har tid til at være nærværende. Personalet er til rådighed døgnet rundt og der er adgang til medicin med henblik på smertelindring. Der er ligeledes mulighed for at have sine pårørende omkring sig. Det er alle faktorer, der kan bidrage til at realisere den gode død. Dette er ikke nødvendigvis tilfældet for gadesygeplejersken, der arbejder med socialt udsatte - og døende borgere. Gadesygeplejerskens arbejdsopgaver er anderledes prioriteret, da de ikke kun er ansat til at yde omsorg for døende, men også skal tage højde for andre udfordringer end det at være døende, som der kan være behov for støtte til hos de socialt udsatte. Gadesygeplejersken er ligeledes ikke til rådighed for den socialt udsatte døende døgnet rundt, som det er tilfældet på hospice, og der er ikke samme mulighed for akut smertedækning døgnet rundt, hvis tilstanden forværres.

## **2.4 Delkonklusion**

Siden middelalderen har man i vesten bevæget sig fra at vejlede den døende ud fra et religiøst eller spirituelt perspektiv, til at tabuisere døden og lade det op til den enkelte at finde ro. Det er i denne afmystificering af døden og manglende støtte til den døende, hvor hospicebevægelsen finder sin validitet.

Med hospicebevægelsen følger begrebet om 'den gode død' der tager udgangspunkt i den enkeltes oplevelse og opfattelse af hvad dette indebærer. Denne forståelse er både tilstede i retningslinjerne fra det sygeplejeetiske råd og stemmer ligeledes overens med den postmoderne forståelse af døden. Den gode død er således et kontekstsensitivt begreb, og hospicebevægelsens fokus på 'total pain' begrebet sætter et helhedsorienteret fokus på den døendes lidelse, der således omfatter både fysisk, psykisk, social, eksistentiel og åndelig lidelse. Listen af krav for at realisere en god død er omfattende og det fremstår problematisk, hvis det antages at der kan skabes rammer for dette hos alle borgere i samfundet, og at alle sygeplejersker således skal leve op til disse krav. Dette bliver især synligt i sammenligningen mellem gadesygeplejerskens arbejde med socialt udsatte døende overfor hospicesygeplejerskens rammer.

Definitionen af den gode død (som udlagt af Dekkers og Sandman) kan tolkes som problematisk ved, at der tages en fælles forståelse af en værdig død for givet. Listen består ligeledes af en lang række krav, hvoraf flere punkter fremstår som paradoksale modsætninger. Herunder; at dø i rette tid, dø pludseligt, dø naturligt og samtidig skal den døende bevare kontrol og skal ligeledes være uafhængig af andre.

Ud fra at idealet om den gode død ikke altid kan opretholdes og realiseres inden for hospicebevægelsen, fremstår idealet problematisk at forsøge at realisere uden for hospice. Dette stiller krav til en bevidstgørelse af de ressourcemæssige og strukturelle forskelle, der kan være i den hjælp, der kan tilbydes på henholdsvis hospice, sygehus og som gadesygeplejerske i arbejdet med socialt udsatte døende. De udsatte selv har ligeledes dårligere forudsætninger ved, at de er mere disponerede for eksistentiel og social lidelse, hvilket underbygges af Graven.

Ud over disse faktorer der stiller både gadesygeplejersken og den socialt udsatte døende dårligere ift. at realisere den gode død, er der også som tidligere nævnt potentielt nogle samfundsmæssige og strukturelle udfordringer der kan modvirke idealerne for den gode død.

Dette vil nu blive forsøgt ekspliciteret ud fra Hartmut Rosa's teori om resonans, fremmedgørelse og accelerationssamfundet da disse teorier fremstår stærkt situeret til at belyse nogle af de samfundsmæssige strømninger, der i indeværende projekt antages som tiltagende problematiske for mødet mellem sygeplejersken og den døende.

### **3. Rosa om accelerationssamfundet, resonans og fremmedgørelse**

Med henblik på at diskutere hvorledes samfundsmæssige strukturer og forudsætninger kan indvirke på sygeplejerskens møde med den døende, inddrages den tyske sociolog og professor Hartmut Rosa og hans teori om accelerationssamfundet, fremmedgørelse og resonans (Rosa, 2021). Rosas udlægning heraf kan hjælpe os med at forklare den kompleksitet som sygeplejersken befinder sig i qua sin position som omsorgsprofessionel, og de samfundsmæssige krav der knytter sig til denne rolle i et vestligt funderet samfund, som det danske.

Rosa er især kendt for sin teori om resonans, fremmedgørelse og accelerationssamfundet. Det er netop disse aspekter af hans virke, der vil blive redegjort for, med henblik på at afdække hvordan sygeplejersken kan tænkes at blive situeret af et accelererende samfund og hvordan henholdsvis fremmedgørelse og resonans kan være væsentlige begreber i forbindelse med at afdække den komplekse situation som sygeplejersker befinder sig i. Der vil først blive redegjort for begreberne 'resonans' og 'fremmedgørelse' med henblik på bl.a. at applicere dem i redegørelsen af accelerationssamfundet, med særlig fokus på eventuelle problematiske følger af denne samfundstendens. Der vil løbende blive kommenteret på, hvordan disse aspekter af Rosa's teori kan tænkes at positionere sygeplejerskerne i mødet med den døende og hvilke udfordringer der potentielt opstår som følge heraf.

#### **3.1 Resonans og fremmedgørelse**

[R]esonans er en særlig slags forhold mellem mennesker eller mellem mennesker og objekter, der i alle tilfælde indebærer, at et subjekt hører et kald og svarer på dette kald, eller med andre ord at man som menneske berøres eller påvirkes og aktivt responderer på denne berøring eller påvirkning (Laugesen & Lund, 2022, s.8).

Resonans er for Rosa en oplevelse af gensidighed i mødet med et andet menneske, et kunstværk eller et smukt naturlandskab. Det er noget, der berører os og opleves som meningsfuldt. Resonans er noget, der er flygtigt og ikke kan fastholdes for evigt, men som udgør et meningsfuldt moment

af åbenhed, gensidighed og berørthed. Det må dog ikke forveksles med lykke, da resonans er noget der både kan opstå i forbindelse med glæde, men også i mødet med smerte og tab.

Resonans udspiller sig ifølge Rosa indenfor tre forskellige akser hvoraf der i indeværende opgave vil være et særligt fokus på henholdsvis den horisontale, der udspiller sig i mødet med andre mennesker og den diagonale resonansakse der bl.a. knyttes til vores relation til uddannelse og arbejde (Rosa, 2019 s. 226ff). Dette vil blive yderligere uddybet i det følgende afsnit efter en kort redegørelse af fremmedgørelsen. Resonans kan som nævnt ikke vare evigt og der er således også en anden modus af væren i og med verden og andre mennesker. For Rosa er dette andet modus for væren fremmedgørelsen og denne er bl.a. kendetegnet ved at fokusere på adskillelsen mellem individet selv og alt andet og således ikke fokuseret på gensidigheden eller et møde med den anden.

### **3.1.1 Fremmedgørelse**

Fremmedgørelse er et forhold til verden, hvor subjektet og verdensforholdet ikke skaber genklang, men forholdet bærer præg af fjendtlighed og et ikke-responsivt - og relationsløst forhold til hinanden (Rosa, 2021, s. 215). Der er altså ikke en gensidig berøring og transformation, når man er styret af fremmedgørelsen. Denne fremstår som en modpol til resonansen, men fremmedgørelsen er samtidig en nødvendig betingelse for at resonans kan realiseres. Dette følger ud fra at resonans kan realiseres, men at det ikke er en permanent tilstand og denne vil således henfalde til fremmedgørelsen igen. Fremmedgørelsen er derfor ikke noget man kan undgå eller fjerne, for altid at være i resonans med verden. Det handler derimod om at skabe stabile resonansakser, der muliggør resonans som afbræk for fremmedgørelsen. Dette vil blive belyst yderligere i afsnittet 3.1.2. Fremmedgørelsens nødvendighed for resonans betyder dog ikke at fremmedgørelsen ikke kan være problematisk.

De fleste individer indgår i forskellige relationer med familie, venner og arbejdskolleger. Hvis disse er overvejende præget af fremmedgørelse, kan relationerne opleves som stumme eller døve og måske endda truende overfor subjektet (Ibid., s. 215). Dette følger ved at fremmedgørelsen fordrer et perspektiv, hvor man ikke er gensidigt forbundet med andre mennesker, men blot er i

konkurrence med dem for at overleve. Såfremt fremmedgørelsen er dominerende, vil både subjektet selv og den omgivne verden fremtræde uberørt og tom, hvilket ifølge Rosa kan føre til udbrændthed<sup>3</sup> eller depression (Ibid., s. 215). Han peger ligeledes på, hvordan udbrændthed kan ses som kroppens respons på et øget accelerationspres og en manglende resonans med verden. Det er altså en kropslig manifestation af deceleration og denne form for deceleration vil blive yderligere belyst i afsnit 3.3.

Rosa peger på hvordan fremmedgørelsen intensiveres gennem bl.a. accelerationssamfundets strukturelle krav om effektivisering, fornyelse og vækst og dette fremstår deraf som et stigende problem i det senmoderne samfund (Ibid., s.211). Dette omfatter ikke blot fremmedgørelsen over for objekter og andre mennesker, men også over for den verden vi lever i og ikke mindst over for egen krop og egne følelser. Denne tendens fremstår særdeles relevant for indeværende projekt da sygeplejersker udgør en del af et segment, der fremstår særlig udsat ift. udbrændthed (Rosa, 2013, s.41ff). Dette diskuteres yderligere i afsnit 6.4.

Rosa hævder at resonans er: *"fremmedgørelsens andet"* og resonans kan derfor bruges til at vække relationer til live som ellers har været domineret af fremmedgørelse (Rosa, 2021, s. 208). Dette fordres ved, at resonans kan opstå når man lader sig berøre eller berøre andre/andet. På denne måde skaber resonans genklang og samhørighed med verden. Der tegner sig altså et billede af resonans som et betydningsfuldt element i form af et modspil til det senmoderne accelerationssamfund. Resonans fremstår derfor væsentlig i arbejdet med indeværende problemformulering. Derfor følger nu en kort redegørelse af Rosa's resonansakser og deres relevans for, hvordan samfundets strukturer kan situere sygeplejersken i mødet med den døende.

### **3.1.2 Resonansakser**

Ifølge Rosa's teori er resonans noget, der kan realiseres i resonansfærer og han inddeler disse ud fra tre akser (Rosa, 2021 s.226ff). En horisontal akse der dækker over mellem menneskelige relationer som venskaber og familiære relationer. En diagonal akse der omfatter menneskets relationer til tingsverdenen, herunder bl.a vores relation til arbejde og til uddannelse. Den tredje

---

<sup>3</sup> Oversat fra Rosa's brug af begrebet "Burnout"

resonans akse er den vertikale, der belyser menneskets relation til verden og livet som helhed, herunder mødet med kunsten, naturen og den menneskelige historie. Den vertikale resonansakse vil dog ikke blive belyst yderligere og der vil primært blive fokuseret på de mellem menneskelige relationer og relationer til arbejde i indeværende projekt.

### **Den horisontale resonansakse**

Rosa bygger videre på bl.a. Axel Honneths teori om anerkendelse (Rosa, 2021, s. 226ff). Det bliver dog tydeligt i udlægningen af den horisontale akse, hvordan resonans adskiller sig fra Honneths 'anerkendelse'. Dette viser sig bl.a. ved, at resonans ikke kan opleves på bekostning af en anden og dermed ikke er noget man kan "vinde" i modsætning til "Kampen om anerkendelse" som Honneth beskriver i bogen af samme navn (Ibid., s. 227). Rosa skriver f.eks. "*Jeg anerkendes, men resonans hænder kun mellem os.*" (Ibid., s. 228). Resonans udspringer som tidligere nævnt af en gensidighed. Det er ikke noget den ene part kan få af den anden, eller som ligger i den ene eller den anden, hverken før eller efter hændelsen. Det er noget der udspringer i relationen mellem mennesket og den/det der mødes. I den horisontale resonansakse er der tale om det mellem menneskelige møde. Et af de problemer man står overfor i det moderne samfund, er at på trods af at man måske kommunikerer med mange mennesker, er man underlagt konkurrencesamfundet (Ibid., s. 233). Når man er i konkurrence med hinanden, er det ikke muligt at realisere den gensidighed der fordrer resonans, og Rosa peger desuden på, at konkurrence helt udelukker muligheden for resonans. Derfor er familien en af de sidste "resonanshavne på et stormfuldt hav" (Rosa, 2021, s. 233). Dette følger, da familien som struktur antages at være et sted hvor individerne, der udgør familien, ikke er i konkurrence med hinanden, men er gensidigt afhængige af hinanden for at trives. Han peger på familien:

... som den ene, centrale modsfære, der forekommer subjekterne at være den (måske sidste) 'resonanshavn' i en ellers indifferent eller endog fjendtlig verden af kamp og konkurrence (Rosa, 2021, s. 233).

Dette kan dog potentielt efterlade mennesker uden tætte familierelationer i en meget skrøbelig position i forhold til at opleve resonans, hvilket kan tænkes at blive sat yderligere på spidsen, når det omhandler mennesker, som er døende. Denne skrøbelighed samt vigtigheden af familien som konstruktion vil blive belyst yderligere i afsnit 5.3.2. Her vil der bl.a. blive trukket på artiklen "The

Metaphor of 'Family' in Staff Communication About Dying and Death". Artiklen fokuserer på plejehjemspersonalers brug af 'familien' som metafor for personalets relation til de døende og herunder, hvordan det kan have en gavnlig effekt for begge parter gennem en måde at danne resonansrum, som potentiale for opnåelse af resonans. Der redegøres nærmere for resonansrum i afsnit 3.1.3.

Familien som den eneste resonanshavn er dog ikke, ifølge Rosa, uden problemer. Det situerer moderne mennesker på en måde, hvor en romantisk og intim parrelation er det eneste sted der kan findes ro for fremmedgørelsen og konkurrencesamfundet (Ibid., s. 237). Problemet er ikke kun, hvor skrøbeligt det er at afhænge af et parforhold, men ligeledes at institutionaliseringen af kærligheden i form af ægteskabet og 'kernefamilien' medfører at selv denne relation bliver hverdag, vane og rutine, hvilket Rosa peger på som "fjender af resonanssensibiliteten" (Ibid., s. 237). Det udgør således ikke en stabil sfære for resonans, men derimod en midlertidig oase af resonans indtil forelskelsen fortager sig og hverdagen gør sit indtog. Kernefamilien fremstår dermed ikke som en uproblematisk og tilstrækkelig kilde for resonans, hvis denne står alene som resonanspotentiale for individet. Dette fører os videre til den diagonale resonansakse

### **Diagonal resonansakse**

Denne resonansakse omfatter som tidligere nævnt menneskets relation til objekter, arbejde og uddannelse. Rosa taler om, hvordan det moderne menneske tager afstand fra besjæling og således er omgivet af døde objekter. Kun mennesket har agens, vilje, ønsker og værd i og for sig selv (Rosa, 2021 s. 260ff). Der er således ikke gunstige kår for resonans i relation til de objekter, der omgiver os i den moderne verden hvor altfra tøj, transportmidler og brugsgenstande med stigende acceleration bliver skiftet ud og derfor ikke får lov at berøre os. Såfremt man lod dem berøre sig, ville det blot blive sværere at erstatte dem med noget andet (Ibid., s. 267f). Det kan således fremstå som en nødvendighed at holde objekter (og måske også mennesker) på afstand, såfremt de med nødvendighed vil blive skiftet ud igen. Hvis denne strategi til at håndtere objekters forgængelighed i en stadigt accelererende verden fremstår som en nødvendig eller hensigtsmæssig tilgang for individet, rejser der sig nogle spørgsmål ift. indeværende projekts fokus. Dette vil bl.a.

blive diskuteret i relation til uberettiget sorg for personalet i afsnit 5.3.1 og vil derfor ikke blive belyst yderligere her.

Kernefamilien blev tidligere nævnt som den sidste resonanshavn, men mange sætter nu deres lid til at realisere et godt liv med resonans gennem at gøre deres arbejde godt. Rosa peger i hvert fald på at arbejdet og arbejdspladsen udgør en essentiel resonanssfære for mange subjekter i det senmoderne samfund (Ibid., s. 271ff). Samtidig eksisterer der dog en splittelse fordi de kapitalistiske samfund fordrer lønarbejde og dermed handler arbejdet ikke kun om at gøre det godt, men der er et krav om at udføre arbejdet for at få løn til at overleve. Den inhærente fremmedgørelse, der ligger i kapitalismen vil dog ikke være i fokus for indeværende opgave, men den nævnes alligevel med henblik på at være en faktor som kan modvirke muligheden for resonans i arbejdssfæren (Wolff & Leopold, 2021, afsnit 2.3). Det er dog værd at nævne, at Rosa fremhæver en tendens i Tyskland der fokuserer på 'godt arbejde', hvor fokus hverken er på lønnen eller på trygge arbejdsbetingelser, men i stedet handler om, at få lov til at gøre et godt stykke arbejde. Dette kan tolkes som en søgen efter resonans på arbejdspladsen, som noget mere og andet end at man bidrager til økonomien og får mad på bordet. Ønsket eller behovet for at gøre et godt stykke arbejde kan tænkes at være yderligere skærpet for sygeplejersker og andre hvis arbejde handler om at yde hjælp og omsorg til andre mennesker. Dette ud fra at de samtidig står med en anden persons liv (eller død) i deres hænder og derigennem er medansvarlige for om disse personer "lykkes eller ej" (Løgstrup, 1956, s. 25). Selve fordringen mellem sygeplejersken og den døende vil som tidligere nævnt blive belyst yderligere i afsnit 4, men det har potentielt en relevans ift. samfundets krav, da plejepersonale som tidligere nævnt har en markant højere rate af udbrændthed (Rosa, 2021, s. 273f). Rosa forklarer den øgede grad af udbrændthed hos plejepersonale og lærere på følgende måde:

'materialet', dvs. De, der skal plejes og undervises, selv udvikler og ofte også artikulere stærke resonansforventninger. I blikket på hver en syg og hvert et barn ligger der en resonansopfordring; og mere endnu: uden resonansrelationer kan man hverken pleje adækvat eller opdrage passende. Ikke bare børn, også syge (og gamle og hjemløse) vil ses, høres berøres: og de forventer *svare*, ikke bare *behandling* (Rosa, 2021, s. 273).



Det handler derfor ikke kun om deres eget ønske om resonans og meningsfuldhed i arbejdet, men også om det krav, der bliver stillet i mødet med det andet menneske, som ønsker at blive set og hørt. Dette dobbelte krav om resonans tjener således til en endnu større splittelse og konflikt i mødet med de krav, der bliver stillet om effektivisering af sygeplejerskers arbejdsopgaver og samfundets fremmedgørende acceleration af livets tempo. Såfremt man godtager at de andre resonansakser og sfærer er udfordret og/eller nedprioriteret, er der således et øget pres på at kunne opnå dette på arbejdet. Det er især problematisk ud fra, at Rosa peger på resonans som en vigtig kilde til resiliens for mennesket. Når alle andre resonansakser er blevet nedprioriteret for arbejdssfæren, skaber dette et meget skrøbeligt fundament for individet. Den høje rate af udbrændthed indenfor plejeområdet kan indikere, at denne sfære ikke giver mulighed for at realisere oplevelsen af resonans i tilstrækkelig grad. Ud over resiliens, hvorfor er det ifølge Rosa vigtigt for os at leve i kontakt med resonans og med stabile resonansakser?

Axes of resonance are the dimensions in which individuals seek and need recognition to experience their lives as a good life. [...] A good life is, then, one that is rich in resonant experiences and that has stable axes of resonance within the three aforementioned dimensions at its disposal. The stability of those axes does not depend exclusively on the individual, but on social conditions of resonance, namely, institutions, practices, and socialization modes able to embrace resonance (López-Deflory, 2022, s. 5).

Resonans er altså ifølge Rosa noget, mennesket søger imod grundet et behov for at opleve og se deres liv som godt. Hans definition af det gode liv kan dog fremstå problematisk på samme måde som idéen om 'den gode død'. Idét at ikke alle vil kunne realisere denne form for det gode liv og det således kan være et urimeligt mål at stræbe efter både for personalet, men også for den døende. Dog er der den forskel, at Rosa er eksplicit i sin anerkendelse af, at det ikke kan realiseres af alle individer og formentligt heller ikke med hjælp fra fagpersoner, da det netop også afhænger af samfundsmæssige strukturer og sociale forhold<sup>4</sup>. Rosa peger netop på vigtigheden af at kigge på de strukturer og tendenser, der skaber rammerne for den manglende mulighed for resonans og det er således ikke med fokus på, at man kan realisere det for individet. Man bør derimod se individet, der ikke har mulighed for at realisere det gode liv (og måske også den gode død), som et symptom på et strukturelt problem. Dette kan være med henblik på at ændre rammerne og derigennem

---

<sup>4</sup> Oversat af Rosa's brug af begrebet "social conditions"

sikre at færre ender i samme situation. Der tages dog forbehold for at dette motiv er en fortolkning af Rosa's teori, der også blot kan tolkes som en samtidydiagnose uden med nødvendighed at indeholde en model for, hvordan man kan realisere en højere grad af resonans for mennesker.

Teorien lægger således ikke op til at tjene som redskab for at hjælpe dem, der er døende lige nu, eller de sygeplejersker, der har dem i sine hænder, men derimod fremtidige sygeplejersker og fremtidige døende. Dog kan teorien have en forklaringskraft i forhold til hvorfor sygeplejerskerne måske ikke kan realisere deres egne værdier, deres faglige ethos, de krav den døende stiller i mødet med sygeplejersken samtidig med at leve op til de samfundsmæssige krav. Såfremt dette er problematisk at realisere helt eller delvist pga. samfundsmæssige strukturer og tendenser, kan dette måske føre til en accept og større ro hos sygeplejerskerne om at dette er ude af deres hænder. Dette ud fra at "det gode liv med stabile resonansakser" såvel som 'den gode død' ikke nødvendigvis er noget de kan realisere alene og at et forsøg på dette måske kun kan føre til nederlag ud fra de nuværende rammer. Samtidig kan det måske tjene som fundament for en mere målrettet indsats eller modstand mod de nuværende samfundsstrukturer, med henblik på at ændre rammerne for denne form for arbejde. Forud for en dybere redegørelse af accelerationssamfundet og de måder accelerationen manifesterer sig på, vil der i det følgende gøres rede for resonansrum, og betydningen heraf i forhold til at opnå resonans.

### **3.1.3 Resonansrum**

Resonansrum udgør forudsætningen for et gensidigt møde mellem subjektet og verden og medvirker dermed til at disse ikke er fremmedgjorte og fremstår adskilte fra hinanden (Rosa, 2021, s. 190). Dette faciliteres ved at resonansrum trækker på subjektets egne resonansakser og udgør dermed de rette omstændigheder for et særligt møde med mulighed for resonanserfaringer. Når denne form for 'rum' bliver skabt, er det muligt at høre verden kalde, og mærke det gensidige forhold give genklang i subjektet. For at dette kan realiseres er det nødvendigt at subjektet ikke forholder sig aggressivt og kontrollerende til verden, men i stedet er åben og modtagende. Dette er hverken let at realisere og ej heller muligt for alle at opnå grundet strukturelle og samfundsmæssige omstændigheder. Som det blev belyst i forrige afsnit, er nogle netop disponeret bedre til at opleve resonans end andre.

Graven er enig heri, og i artiklen 'Resonans i dødens nærvær' (Graven, 2023), undersøger hun hvorledes mennesker hjælpes til at forbinde sig til verden i dødens nærvær. Graven pointerer ud fra eksempler fra sit forskningsarbejde på hospice, hvordan en væren der er domineret af en higen efter kontrol begrænser muligheden for at stille sig åben og modtagende til verden (Graven, 2023). Graven anvender 'det nedadvendte blik' og 'det løftede blik' som metaforer for måder at møde verden på. Det nedadvendte blik, repræsenterer et blik på verden, der er formet af kontrol, hvor imod det løftede blik giver afkald på kontrol og repræsenterer et andet verdensforhold, som er responderende og vedkommende. At ændre sit blik fra det nedadvendte til det løftede, kan kræve hjælp eller guidning fra andre til at opnå en såkaldt resonanssensibel holdning til verden. Omgivelserne kan ligeledes hjælpe til at løfte det nedadvendte blik. Dette kan for eksempel være rolige, behagelige og æstetisk smukke omgivelser med eksempelvis indtryk fra musik eller natur, men selve stemningen har ligeledes en stor betydning for resonansrummene og at resonansakserne bliver aktiveret. Dette vil dermed kunne betyde, at møder sygeplejersken den døende på en måde der rummer venlighed, imødekommenhed og nærvær, vil dette kunne bidrage til at danne resonansrum og endvidere danne en åbning for at resonans kan opstå både for den døende, men ligeledes sygeplejersken. Rosa påpeger dog at samfundsmæssige strukturer og forudsætninger også er afgørende for om den døende kan opnå resonans, og dermed se sit liv som godt. Dette kan bl.a. være hvis man i samfundet ser ned på hjemløse, med en forståelse af at deres sociale situation er selvforskyldt, eller forstår misbrug som et bevidst valg og således er årsagen til, at personer med et aktivt misbrug ses ned på. På denne baggrund vil det være nærliggende at antage at den socialt udsatte døende er ringere situeret i forhold til at opnå resonans i forhold til den døende indlagt på hospice. Dette kan være yderligere forstærket ved, at socialt udsatte i mange tilfælde, ikke har støtte fra et socialt netværk i form af familie eller venner, der kan bidrage til en stabil horisontal resonansakse i den døendes sidste tid. Det skal dog ikke tolkes således, at støtte fra et socialt netværk kan tages for givet hos de indlagte på hospice, men det antages at forekomme oftere end hos de socialt udsatte.

Socialt udsatte døende kan dog også indlægges på hospice, og de kan som andre døende, der falder inden for en samfundsmæssig 'normalitetsdefinition' også opleve resonans, hvis det lykkes at skabe rum for resonans. Dette kan være rum, der ifølge Gravens rapport 'Usædvanlige

livsafslutninger' karakteriserer håb og lindring (Graven, 2021, s. 37). Disse resonansrum kan løfte blikket, give livskraft og resonans i den forstand, at der opstår en følelse af at høre til i verden. For socialt udsatte kan disse rum opstå på samme baggrund som hos andre døende, fra bl.a. natur og kunst. Malik der indgår i Gravens forskning, er socialt udsat og giver netop udtryk for naturens betydning for ham, og hvordan resonansrummet indvirker på ham. Han fortæller om sin daglige tur til sin plads ved fjorden: "nogle gange bliver fødderne våde. Vandet, naturen er der, hvor jeg har forbindelse til det hele" (Graven, 2021, s. 35). Han beskriver hvordan naturen er med til at løfte hans blik og skabe genklang med verden. For andre socialt udsatte kan resonansrum også være at finde i 'hverdagslivets steder' (Ibid., s. 35). Dette kan bl.a. være at komme på herberget hvor der er fællesskab med andre i lignende situation, hvilket bidrager til at man kan falde inden for en form for normalitetdefinition. Der kunne ligeledes være tale om fællesskabet på det lokale værtshus. Ved disse rum er der mulighed for at resonansakser aktiveres, således at den socialt udsatte hermed kan opleve resonans (Rosa, 2021, s. 440). Man kan sige at fællesskabet bidrager til at løfte blikket, som for nogle socialt udsatte bidrager til at opleve en vis form for ro og skabe rammerne for resonansrum. Fællesskabet vil her kunne give sig ud for noget af det, som familien repræsenterer for andre ikke socialt udsatte døende, eksempelvis på hospice. Det er dog uvist hvor stærkt og nærværende fællesskabet fra herberget og værtshuset er, når den socialt udsatte døende ikke længere har kræfter til at møde op disse steder pga. fysisk og evt. psykisk svækkelse i takt med at døden bliver mere nærværende. Her kan man forestille sig, at den døende indlagt på hospice har resonansakser i form af familie og venner, der oftere er mere konsekvente og vedholdende i omsorgen. På denne baggrund kan den døende opleve forbundethed og nærvær også i den allersidste tid, i modsætning til hvad der ofte vil gøre sig gældende for den socialt udsatte døende. Denne begrundelse bygger på en antagelse om, at hvis det nærmeste fællesskab består af andre socialt udsatte fra værtshuset eller gaden, kan det formodes at en del af disse har et misbrug eller andre forudsætninger der gør, at de ikke altid er i stand til at kunne være en vedholdende og nærværende støtte for den socialt udsatte døende. Den socialt udsatte døende kan således i højere grad være overladt til sig selv i den sidste del af sit liv, eksempelvis i egen lejlighed og uden særlige muligheder for indtryk af den vertikale resonansakse, som eksempelvis naturindtryk, som Malik beskrev. Hvis de tætte relationer ikke er vedholdende og den socialt

udsatte kun sjældent eller måske aldrig får besøg, vil der implicit hvile et større ansvar på sygeplejerskens skuldre. Graven formulerer det således:

Har man intet netværk [når en livstruende sygdom melder sig], er der brug for en, som kan og vil være der som medmenneske. Et sådant nærvær er en del af omsorgen, som handler om den eksistentielle lindring og det håb, der kan være i, at man ikke er alene i lidelsen (Graven, 2021, s. 52).

At kunne dele sin lidelse med eksempelvis sygeplejersken kan medvirke til at den opleves som en lettere byrde at bære for den døende (Graven, 2021, s. 53). Sygeplejerskens nærvær kan på denne måde bidrage til resonansrum og løfte den døendes blik. Den socialt udsatte døende kan i mange tilfælde være situeret ringere i forhold til den ikke socialt udsatte døende, da de har større mulighed for at være omgivet af familie og andre nære relationer, som de kan dele deres byrde med. Der er hermed større sandsynlighed for stabile horisontale resonansakser. Set ud fra dette synspunkt vil der umiddelbart hvile et større ansvar på sygeplejerskens skøn, imødekommenhed og nærvær i mødet med den socialt udsatte døende, end til hospicesygeplejersken. Gadesygeplejerskens nærvær og imødekommenhed er derfor særlig vigtig i den tidsramme, som der er mulighed for at være hos den socialt udsatte døende. Tid må således antages at have en positiv indflydelse på mødet og nærværet med den døende. At give tid til at den døende kan dele bl.a. tanker om døden, hvor sygeplejersken er tillidsfuld lyttende, vil kunne underbygge nærværet på en positiv måde og muligheden for dannelsen af resonansrum. Her har hospicesygeplejersken bedre kår end gadesygeplejersken, da hospicesygeplejerskens primære opgave er palliativ omsorg. Gadesygeplejersken har mange andre sygeplejefaglige opgaver og socialt udsatte borgere, som der også skal støttes og drages omsorg for, hvilket dermed begrænser den tid der kan investeres hos den døende. Hospicesygeplejersken kan udover at møde den døende med omsorg og nærvær ligeledes trække på de æstetiske rammer og ressourcer der er tilgængelige og som kan bidrage til at danne resonansrum. Dog vil der uanset hvilken social ramme den døende er situeret i, altid være et forbehold for, at mennesket er et unikt individ og resonans vil kunne opstå på forskellig vis, alt afhængigt af individet og deres livssituation. Hospicesygeplejersken har rammer, hvor en god nomering fordrer at tiden hos den døende kan prioriteres på anden vis, end hos gadesygeplejersken. Dette kan tjene som et eksempel på, at samfundsmæssige strukturer og

forudsætninger, sætter en begrænsning for gadesygeplejersken for at kunne yde den fornødne omsorg der kan være afgørende for at den socialt udsatte døende kan opnå resonans.

Hvis man antager, at den socialt udsatte døende blev indlagt på et hospice, vil man kunne skabe nogle af de rammer som en gadesygeplejerske ikke har strukturelle forudsætninger for at skabe. Hospicesygeplejersken vil kunne bruge mere tid præget af nærvær med den socialt udsatte, og de fysiske rammer vil være anderledes, præget af æstetik, ro og mulighed for indtryk af kunst, natur, mulighed for wellness m.m.. Vil dette kunne bedre mulighederne for at skabe resonans rum for den socialt udsatte døende?

I kraft af at alle individer er forskellige, gør dette sig også gældende for alle døende. Man må dermed forvente forskellige og individuelle ønsker, værdier og behov ved livets afslutning. Når man som mange socialt udsatte har levet et liv der i lange perioder har været præget af misbrug og/eller kaos, vil rammer der repræsenterer det modsatte nemlig ro, renlighed, og æstetik ikke med nødvendighed bidrage til tryghed og resonansrum, da det ikke repræsenterer noget genkendeligt og trygt. Dette underbygges i 'Usædvanlige livsafslutninger' hvor sygdom karakteriseres som brud på hverdagslivets rytme og vaner (Graven, 2021, s. 41). Ole, der er livstruende syg, giver her udtryk for at der er lindring at finde i de kendte rutiner og omgivelser. Hverdagens indtryk er her med til at skabe resonansrum, som man vil kunne forestille sig for nogen vil være udfordrende, hvis de var indlagt på hospice. Dette indikerer atter den individualitet der er forbundet med at være menneske og netop nødvendiggør en høj grad af kontekstsensitivitet i arbejdet med mennesker.

Nogle døende vil opleve dødens nærvær som meningsløs og angstfuld, hvilket bidrager til at blikket ikke løftes og den døende på denne måde ikke lader sig berøre (Rosa, 2021, s. 141). Dette bevidner, at det kan være vanskeligt at åbne sig for en relationel samklang med verden som udgangspunkt for resonans i dødens nærvær. Rosa hævder dog, at dette ikke udelukker, at man i sådanne tilstande vil kunne gøre sig resonanserfaringer, der kan opleves som momenter af frihed fra angsten. Sygeplejerskens medmenneskelighed og nærværende tilgang til den døende er derfor vigtig i forhold til at hjælpe den døende til at denne kan opleve disse frirum. Med sit kendskab til den døende, kan sygeplejersken tage afsæt i nogle af de værdier og erfaringer, som hun ved den

døende holder af eller har sat ære i, i sit liv. Ved eksempelvis at indlede en snak om jagtoplevelser med en døende der har en fortid som jæger, vil muligvis kunne bringe betydningsfulde minder frem, som eventuelt vil kunne bidrage til den tryghed, som den døende tidligere har fundet ved denne aktivitet. Dette kunne være en måde at bidrage til at (gen)danne et resonansrum. Man kan forestille sig at sygeplejersken på denne måde kan vække en behagelig stemning hos den døende, som giver lyst og mod til at løfte blikket mod verden igen. Sygeplejerskens skøn spiller her en rolle i forhold til at se, hvilke muligheder der findes i det konkrete møde med den døende, for at kunne hjælpe denne til at finde resonansrum og eventuel resonans. Det stiller store krav til sygeplejersken, dels til kendskabet til den døende og dels til skønnet. Dette skøn kræver et blik der ikke kun har øje for evidensbaseret sygepleje i form af sygeplejefaglige retningslinjer m.m., men i særdeleshed et blik der er rettet mod den døende som et unikt menneske med et levet liv bag sig. Et faktum Rosa påpeger i det tidligere inddragede citat, der formidler at den døende vil ses, høres og berøres, hvilket underbygger tesen om bl.a. nærværets betydning i sygeplejen til den døende. Skønnet er ifølge Martinsen en essentiel del af sygeplejerskens virke og vil blive udfoldet yderligere i afsnit 4.2 med afsæt i Martinsens teori. I det følgende går vi yderligere i dybden med, hvilke faktorer der påvirker de krav der stilles til sygeplejersken og kan bevirke, at de kan være vanskelige at realisere.

### 3.2 Generelt om accelerationsamfundet

Accelerationsamfundet som begreb dækker over en tempofyldt verden, hvor man aldrig står stille (Rosa, 2020, s. 14). For Rosa udspringer dette dog ikke af en overbevisning om, at menneskeheden og dermed accelerationsprocesserne er drevet af et menneskeligt begær om altid at have mere, men derimod i højere grad en frygt for at få mindre end man allerede har (Ibid., s. 14). Det handler om, at der er sket et skred i vores selvforståelse og at vi nu associerer "Det at *stå stille* [som] ensbetydende med at *sakke agterud*" (Rosa, 2013, s. 39). Han hævder ligeledes, at mennesket i det moderne samfund forholder sig anderledes til verden som følge af digitaliseringens udvikling og muligheder, kravet om økonomisk vækst og optimering samt et konstant konkurrencepres (Rosa,

2020, s. 14). Ifølge Rosa er denne tendens at se helt nede på individplan og således noget, der fordrer et ønske om at man som fagperson, men også som privatperson altid er i udvikling fordi at stå stille, er at være i afvikling (Rosa, 2017, s. 439). Dette lægger et indirekte pres på den enkelte sygeplejerske om både at udvikle sig som privatperson, men altså også at stræbe efter ny viden og derigennem hele tiden styrke sin faglige kunnen. Isoleret set fremstår dette som ønskværdige træk hos en ansat, at de stræber efter at blive dygtigere til deres job, men denne acceleration og higen efter effektivisering kan også have en destabiliserende effekt. Dette bliver belyst yderligere i afsnit 3.2.2 der fokuserer på acceleration af sociale forandringer. Hvis fokus i for høj grad ligger på at styrke fagligheden kan dette potentielt også påvirke nærværet i relation til den døende negativt, såfremt det faglige fokus kommer på bekostning af en sensitivitet for den døendes ønsker og behov.

Rosa hævder at frygten for afvikling i sig selv, ikke alene er årsagen til ønsket om vækst, men også, at man i den moderne selvforståelse ser 'det gode liv' som tæt forbundet med at kunne bringe verden inden for rækkevidde (Ibid., s. 337ff). Denne opfattelse er dominerende både på individuelt plan, men også i samfundet som helhed. Denne forståelse af det gode liv sætter således døden i kontrast til denne, da døden er en afvikling og en proces, hvor individet ofte kan mindre og mindre og dermed er den døendes rækkevidde aftagende. Noget af det der "bringer verden indenfor rækkevidde" er penge. Penge kan veksles til alt fra viden, arbejdskraft, transport, mad og meget mere. Penge er noget af det der i særdeleshed får mennesker til at bruge tid på aktiviteter, der ikke er et mål i sig selv, men som tjener til at opbygge vores økonomiske kapital og dermed give os større rækkevidde i det kapitalistiske samfund. På den måde tjener jagten på kapital i kapitalismen som en central måde at komme i kontakt med det gode liv. Men hvad er det egentlig, der accelererer i det moderne samfund som følge af dette?

Svaret på dette er ifølge Rosa den sociale acceleration, som han opdeler i tre forskellige kategorier. Disse vil blive udfoldet i de tre følgende afsnit (Laugesen & Lund, 2022, s. 9). Der er tale om en teknologisk acceleration, acceleration af social forandring samt acceleration af livets tempo, der tilsammen udgør en form for accelerationscyklus, som han hævder, er blevet selvkørende i det senmoderne samfund.



### 3.2.1 Teknologisk acceleration

Den teknologiske acceleration er kendetegnet ved et øget tempo, hvad angår kommunikations-, transport og produktionsprocesser. Det er også den form for acceleration der er lettest kan måles og registreres (Rosa, 2013, s. 21). Teknologisk acceleration er bl.a. drevet af virksomheders ønske om effektivisering med henblik på at skærpe deres konkurrenceevne. Den kan dog også ses som en reaktion på oplevelsen af at have for lidt tid og derigennem et ønske om at frigøre mere tid. Dette vil blive belyst yderligere i afsnit 3.2.3 om acceleration af livstempoet. Historisk set har den teknologiske acceleration haft stor indvirkning på menneskets sociale liv (Ibid., s. 21). Eksempler på dette kunne være, hvordan udviklingen af internet og e-mails, robotters indvirkning i industrien eller muligheden for at rejse med fly har ændret markant på, hvor hurtigt og effektivt man kan kommunikere, producere og transportere. For sygeplejersker har den teknologiske udvikling bl.a. givet mulighed for at måle på markant flere fysiske parametre hos patienterne, gennem blodprøver, EKG, blodtryksmålinger og på den måde skabt flere opgaver, der ikke direkte er omsorgsrelaterede. Udviklingen giver ligeledes flere muligheder for at indhente viden om patienten, der ikke afhænger af patientens eget skøn eller egen oplevelse af sin tilstand. Ud fra konteksten, hvor der arbejdes med døende patienter er det således relevant at have øje for om hvorvidt denne tendens med at måle bliver for omfattende såfremt dette tager tid og ressourcer væk fra at lytte og yde omsorg på den døendes præmisser (jf. idealet om den gode død). På hospice er dette måske et mindre problem da forudsætningen her allerede er, at patienten ikke kan helbredes og dermed bliver mange målinger mindre relevante. Det er dog ikke utænkeligt at dette fokus på teknologiske midler til målinger kan komme på bekostning af nærvær og omsorg i større eller mindre grad uden for hospice regi.

Som en følge af den teknologiske udvikling, har tiden også fået en anden betydning i det senmoderne samfund (Rosa, 2013, s. 21ff). Man komprimerer den frigjorte tid ved at fylde den med flere opgaver, som for eksempel at producere mere, skabe ny viden og dele denne. Denne acceleration medfører ifølge Rosa en ændring i vores relation til omverdenen, der ligeledes kan præge relationer mellem mennesker til i højere grad at være styret af en konkurrencepræget kapitalistisk rationalitet. Denne tendens fordrer ikke en gunstig grobund for resonans, men

derimod skaber den mere fremmedgørelse. Resonans er netop et meningsfuldt og gensidigt møde mellem et menneske og noget andet og fremhæves som en essentiel del af vores muligheder for at modvirke den nuværende acceleration (Rosa, 2021, s. 208ff). Det er ikke kun den teknologiske acceleration, der er tiltagende. Rosa peger på, at dette også er tilfældet for accelerationen af sociale forandringer.

### 3.2.2 Acceleration af social forandring

Anderledes end ved den teknologiske acceleration, kan det hævdes at der ved 'acceleration af social forandring' er tale om, at det er selve forandringstempoet, der ændrer sig (Rosa, 2013 s. 22ff). Holdninger, værdier, normer, sociale relationer skifter hurtigere end det var tilfældet tidligere. Rosa peger på, at dette manifesterer sig i at 'nuet' eller 'nutiden' skrumper ind, og at dette fænomen potentielt kan bruges som empirisk målestok for forandringens hastighed. Med reference til Hermann Lübbe definerer Rosa sin udlægning af accelerationen af sociale forandringer ud fra følgende forståelse af nutiden:

[...] fortiden [er] defineret som det, der ikke længere holder/er gyldigt, hvorimod fremtiden refererer til det, der endnu ikke holder/er gyldigt. Nutiden er så det tidsrum, for hvilket erfaringens og forventningens horisonter er sammenfaldende (Rosa, 2013 s. 23).

Nutiden er altså et tidsrum præget af stabilitet, forstået på den måde, at man i dette tidsrum oplever sammenfald mellem det der forventes og det der opleves. I forhold til vores fokus i projektet kan man som eksempel nævne, hvordan sygeplejersker er uddannet til og arbejder ud fra at skulle udvise omsorg, pleje og næstekærlighed med henblik på at behandle eller lindre smerte (Sygeplejeetisk Råd, 2014, s. 10). I forbindelse med hospice bevægelsen er der som tidligere nævnt kommet en definition af 'den gode død'. Denne er begyndt at brede sig ud over hospice regi og er ved at blive et mål for sygeplejersker der arbejder med døende andre steder. Dette stiller nye (og måske problematiske) krav til den professionelle og kan ses som en ændring i de holdninger og/eller værdier som sygeplejerskerne skal agere ud fra. Selvom 'den gode død' fremstår kompatibel med sygeplejerskernes retningslinjer bør der også tages forbehold for en eventuel forskel i hvordan disse forsøges realiseret i praksis. Det kan være problematisk at antage et fælles sprog når det kommer til værdighed, respekt, og den gode død på tværs af individer og i

særdeleshed når der er forskel på rammerne for henholdsvis hospicesygeplejersker og sygeplejersker der arbejder på et sygehus. Det ene sted har som grundvilkår, at alle deres patienter er døende hvilket potentielt fordrer en anden tilgang til patienterne end det er tilfældet et sted, hvor man arbejder ud fra at helbrede patienterne.

Et mere konkret og tydeligt eksempel kunne være, hvordan der i sundhedssektoren bl.a. i Danmark begynder at blive stillet krav til de ansatte om at tænke værdier som bæredygtighed ind i deres praksis. Som eksempel kan Projekt Grøn familiestart fremhæves. Det er et forsøg på Aalborg universitetshospital om at tænke bæredygtighed ind på fødegangen (Projekt Grøn Familiestart). Kravet om bæredygtighed som meningsfuld værdi i sygeplejerskernes virke, antager vi som værende et relativt nyt fænomen, men noget, der gradvist begynder at stille stadigt større krav til alle i sundhedssektoren. Sygeplejerskerne kan altså ikke på samme måde som tidligere forvente et sammenfald mellem deres forventninger (baseret på tidligere erfaringer) og de nye krav der vil blive stillet til dem fremadrettet. På denne måde bliver den stabile 'nutid' stadig mindre og mindre. Dette kan forandre en stigende usikkerhed hos sygeplejerskerne og der kan potentielt opstå nye og flere krav, der trækker dem væk fra deres fokus på at yde omsorg og pleje til patienterne.

Ifølge Rosa kan beskæftigelsessystemet og familien som institution verificere førnævnte sammentrækninger af nuet, da de udgør samfundets grundlæggende strukturer (Rosa, 2013, s. 24). Man er gået fra familiestrukturer i den klassiske modernitet, der var stabile over mange generationer til senmoderniteten, hvor der er en stigende tendens til skilsmisser og flere bliver gift mere end én gang. En lignende ændring har gjort sig gældende inden for beskæftigelsessystemet. Her er man skiftet fra en struktur, hvor børnene ofte arvede forældrenes erhverv, og et erhverv varede typisk et helt arbejdsliv til i senmoderniteten, hvor mange skifter job adskillige gange i løbet af deres arbejdsliv. Det er på baggrund af dette, at Rosa mener, at familien som social institution og beskæftigelsen som social praksis, tjener som tydelige indikationer på accelerationen af social forandringer.

### 3.2.3 Acceleration af livstempoet

En tredje kategori af social acceleration kalder Rosa for 'acceleration af livstempoet'. Denne defineres som en "forøgelse af antallet af handlinger eller erfaringer per tidsenhed" (Rosa, 2013 s. 26). Det er altså en acceleration af, hvor meget man ønsker at nå i løbet af en time, en dag eller et helt liv. Dette er en accelerationsform som de fleste i de vestlige samfund kender til fra deres dagligdag. Overordnet set, vil denne kategori kunne betegnes som oplevelsen af mangel på tid. Dette kan tænkes at være årsagen til, at nogle vælger at tale i telefon imens de kører bil, eller ser tv mens de spiser. Mange tjekker formentligt også sociale medier og svarer på beskeder, når de har 'pause' på arbejdet. Ifølge Rosa fremstår fænomenet multi-tasking netop som en tydelig indikation på den sociale tendens til kompression af nuet (ibid., s.28).

Der er behov for – og stiles efter at nå flere ting på kortere tid. Dette pres fører også til en kompression af potentielt meningsfulde aktiviteter som egenomsorg, pauser, tid med familie og venner. Dette betyder, at der enten bruges mindre tid på disse aktiviteter eller at de i større grad udføres samtidig med noget andet, (som når man svarer på beskeder i en pause). Tendensen til kompression kan også medvirke til at pauserne mellem aktiviteter formindskes eller forsvinder helt, fordi de måske fremstår som 'spildt tid'. I stedet for at sidde i sofaen kunne man jo have vasket op etc. Mennesker i det senmoderne samfund er med andre ord underlagt et øget livstempo. Udeladelsen af meningsfulde aktiviteter og potentielle resonansoplevelser kan yderligere undergrave noget af det, der ifølge Rosa giver resiliens. Dette situerer dermed også sygeplejerskerne dårligere i forhold til at imødekomme egne behov såvel som de døendes behov for resonans.

De teknologiske fremskridt kan hævdes at være mulighedsbetingelse for meget af den multi-tasking som forekommer, men det følger ikke med nødvendighed, at de teknologiske muligheder fører til acceleration af livets tempo (ibid., s. 28f). Det kan sågar fremstå meget paradoksalt, hvis man forholder sig til, hvordan den teknologiske udvikling gennem de sidste generationer har medført en enorm effektivisering af, hvor lang tid forskellige gøremål tager. Man transporteres hurtigere og billigere, man kommunikerer hurtigere og billigere, men på trods af disse teknologiske landvindinger har mennesket i det senmoderne samfund stadig ikke tid nok

(Rosa, 2013, s. 29ff). Tværtimod fyldes den frigivne tid nu ud med flere opgaver end tidligere. Altså kan den teknologiske acceleration ikke i sig selv anses som årsagen til den sociale acceleration, men fremstår i højere grad som en samfundsmæssig reaktion for at imødekomme behovet for "mere tid". Den teknologiske acceleration kan dog, ifølge Rosa, have medført flere krav til arbejderen, men dette forklarer ikke, hvorfor der også opstår knaphed på tid i det private.

Som tidligere berørt har konkurrenceprincippet i det kapitalistiske markedssystem ligeledes en stor rolle for den sociale acceleration, men vigtigere for dette speciale, er at opnå forståelse for det Rosa kalder den kulturelle motor, nemlig løftet om evighed, og dens indvirkning på den sociale acceleration (Ibid., s. 36). Ifølge Rosa er det primære fokus i det senmoderne samfund på livet *før* døden, og hvor meget livet og verden omkring os kan tilbyde af muligheder og rigdomme (Ibid., s. 36). Med andre ord anses det gode liv som et liv der blandt andet er rigt på erfaringer og oplevelser

[...] man skal realisere så mange som muligt af de muligheder, verden har at tilbyde. At smage livet i dets fulde kompleksitet fra de største opture til de største nedture bliver en central aspiration for det moderne menneske (Rosa, 2013, s. 36).

Men verdens muligheder er uendelige, i modsætning til menneskets muligheder for at realisere dem. Dette fører til et stadigt accelererende livstempo for at realisere så mange muligheder man kan. Dette viser sig både i de små ting, som når man multitasker, men også ift. hvor mange mål man forsøger at realisere i løbet af sit liv. Det populære udtryk 'Bucketlisten' er et eksempel på, at mange konstant stiler efter at opleve og erfare mere. Med denne livsstrategi forsøger man at forene menneskets levetid med verdens tid, som en form for modspil til den uundgåelige endelighed i form af døden (Ibid., s. 37). Ud fra vores udlægning af Rosas teori virker denne stræben og acceleration ikke hensigtsmæssig for et meningsfuldt liv og der ses altså en faretruende tendens hos plejepersonale i form af udbrændthed. Udbrændthed fremstår for Rosa som en kropslig modsvar til accelerationen og indikerer måske et kropsligt behov for deceleration (Ibid., s.43).

### 3.3 Deceleration som modvægt

Rosa hævder at der i moderniteten også findes en række decelererende processer, der går imod de accelererende processer (Rosa, 2013, s. 41). Han benævner i alt fem forskellige slags decelerationsprocesser, der antages at kunne modvirke accelerationen. Deceleration bidrager med andre ord til at sænke hastigheden. Der vil i indeværende projekt ikke blive redegjort for alle de forskellige former for deceleration, men vi vil fremhæve deceleration ift. udbrændthed da dette fænomen i højere grad er til stede hos sygeplejersker end mange andre fagligheder.

Han peger på udbrændthed som værende kroppens reaktion på et for belastende accelerationspres og altså en manglende evne til at holde trit med kravet om effektivisering og udvikling. Denne utilsigtede form for deceleration, der kan forekomme hos individet, kan ligeledes føre til depression (Ibid., s. 43). Givet at accelerationssamfundet ikke fordrer rammer for at "stoppe op og mærke sig selv", er det nærliggende at forestille sig, at mange er præget af udbrændthed i en grad, men at der måske ikke bliver sat ord på dette da det at tage hånd om problemet gennem egenomsorg eller ved at holde pause vil fremstå som "at sakke agterud".

Dette giver antageligvis dårligere rammer for at imødekomme behovet for deceleration forud for at det manifesterer sig i en sådan grad, at det fører til tab af arbejdsevne i form af udbrændthed og depression. Dette kan desværre blive selvforstærkende, såfremt arbejdssfæren er en af de primære kilder til resonans for individet. Individet bliver således afskåret fra deres kilde til resiliens og meningsfuldhed, når kroppen tvinger os til at lytte til behovet om deceleration. Denne sammenhæng understreger i høj grad, hvor skrøbelig en situation det moderne menneske står i ud fra Rosa's teori, når mange i samfundet ikke har flere stabile resonansakser at trække på.

### 3.4 Delkonklusion

Ifølge Rosa er resonans en gensidighed og meningsfuldhed i mødet med andre mennesker og verden, og manglende stabile resonansakser kan føre til udbrændthed samt depression.

Fremmedgørelse udgør modpolen til resonans og denne fremstår særligt problematisk ift. at realisere den gode død. Dette følger ved, at det modvirker gensidighed og muligheden for meningsfulde relationer i den sidste tid. Den intensiveres gennem accelerationssamfundets stigende krav om effektivisering og konkurrence, og dette pres kan både situere sygeplejersken såvel som den døende dårligere, ift. at realisere resonans. Der ligger ifølge Rosa et krav fra syge, gamle og hjemløse om at blive set, hørt og berørt. Der foreligger således et dobbelt krav om resonans i arbejdet med sårbare mennesker. Både sygeplejerskens eget ønske om meningsfuldhed, men også fra den døende selv. Accelerationssamfundet og fremmedgørelsen kan altså belyse nogle faktorer, der gør det svært for sygeplejersker at realisere resonante relationer. Dette forekommer både ud fra hvordan den døende er situeret, men også hvordan de selv er situeret grundet krav om effektivisering og øget tidspres.

Begrebet resonansrum omfatter forudsætningerne for resonans og er noget, man ifølge Rosa, kan være med til at skabe for andre. Det kan være vigtigt med en følelse af fællesskab og samhørighed, og hvis den døende mangler tætte og vedholdende relationer, ligger der således et øget pres på sygeplejersken om at skabe dette. De fysiske rammer fremstår ligeledes vigtige og her er gadesygeplejersken dårligere situeret end sygeplejersken på hospice, og arbejder samtidig med socialt udsatte borgere, der har større risiko for selv at være dårligere situeret til at opleve resonans.

Accelerationssamfundet fordrer en konstant udvikling og at have et godt liv forbindes med udvikling og står dermed i kontrast til døden, der må anses som en afvikling. Dette kan dermed skabe en afstand eller fremmedgørelse i forhold til døden. Rosa taler om tre former for acceleration, der kendetegner det senmoderne samfund. Den teknologiske udvikling som giver mulighed for at foretage flere målinger og dermed potentielt fjerne fokus fra omsorgsopgaver. Den stabile nutid bliver stadig mindre grundet accelerationen af sociale forandringer og kan medføre stigende usikkerhed hos sygeplejersker, og medføre nye krav der ligeledes trækker dem væk fra deres fokus på omsorg (herunder fokus på bæredygtighed). Slutteligt er der accelerationen af livstempoet, der medfører krav og forventninger til, at sygeplejersken kan nå flere opgaver på kortere tid og dette pres kan komme på bekostning af tid til egenomsorg og pauser. Det modvirker derigennem muligheden for resonans og underminerer deres evne til, at imødekomme egne såvel

som de døendes behov. Samtidig øges faren for udbændthed, der fremstår som et kropsligt modsvar til accelerationen og understreger behovet for deceleration.

## **4. Sygeplejerskens faglighed og værdier i mødet med den døende**

Som et led i at belyse den kompleksitet sygeplejersken befinder sig i, i mødet med den døende, vil de krav der er knyttet til sygeplejerskens faglige ethos blive belyst i indeværende afsnit. Til dette vil vi inddrage den norske sygeplejefilosof Kari Martinsens omsorgsfilosofi, som gennem mange år har vundet stor indpas i uddannelsen af sygeplejersker i Danmark. Kari Martinsen er fænomenologisk funderet og inspireret af den danske teolog og filosof K.E. Løgstrup (Martinsen, 2012), hvorfor omsorgsteorien tager afsæt i flere af Løgstrups grundlæggende begreber. Indenfor sygeplejefaget bruges begrebet 'fænomenologisk' typisk i en mere afgrænset kapacitet end det er tilfældet inden for filosofien. Der er oftest tale om en tilgang, der tager afsæt i individets oplevelser, sansning og levede erfaringer. Det er således denne form for fænomenologi der er tale om hos Martinsen. Derfor følger nu en redegørelse af Løgstrups begreb 'den etiske fordring' og senere en gennemgang af 'de suveræne livsytringer' i afsnittet om Martinsens omsorgsfilosofi og der vil i dette afsnit også være en gennemgang af, hvordan hun anvender Løgstrups begreber og hvordan hun sætter disse i spil i en sygeplejeetisk kontekst.

### **4.1 Løgstrup og den etiske fordrings relevans for mødet**

K.E. Løgstrup var en dansk filosof og teolog, der beskæftigede sig meget med etik og for det, som han anså som almenmenneskelige vilkår. For Løgstrup følger det bl.a. som et grundlæggende vilkår for menneskets tilværelse, at når man møder et andet menneske, gør man dette med tillid, uanset om det er en man kender godt eller er en fremmed (Løgstrup, 1956, s. 17). Han anerkender dog også, at dette ikke altid er tilfældet, men fastholder at: "Der skal særlige omstændigheder til, for at vi på forhånd står overfor en fremmed med mistillid" (Løgstrup, 1956, s. 17). Hvilke særlige



omstændigheder der skal til bliver dog ikke ekspliciteret yderligere, men denne antagelse vil blive udfordret i afsnit 6.3.1 med afsæt i Rosa's teori om fremmedgørelsen i accelerationssamfundet.

At man møder andre mennesker med en umiddelbar tillid betyder for Løgstrup, at man i mødet med den anden lægger en forventning til, at der leves op til den tillid (ibid., s. 18f). Dette kan komme til udtryk gennem et afslappet kropssprog i mødet med den fremmede, eller som et helt konkret eksempel ved at man betaler for en anden i køen i supermarkedet i tillid til, at vedkommende efterfølgende sender beløbet over mobile pay. Det kan også ligge i den stiltiende accept af magtforskellen mellem sygeplejerske og den døende, ved at den døende netop afhænger af sygeplejersken i forhold til at få opfyldt basale behov som mad, men også til at sørge for at administrere smertestillende medicin efter bedste evne. Dette kan være en meget skrøbelig situation, da forventningen om den andens opfyldelse af ens behov er givet forud for at opfyldelsen reelt set finder sted. Der er således også mere på spil end selve behovets opfyldelse, fordi forventningen eller håbet om at dette bliver opfyldt kan føre til skuffelse eller en følelse af, at den anden har hørt ens behov men valgt at vende dette ryggen. Der ligger altså en sårbarhed eller en blottelse i mødet med andre mennesker, som kan ramme os hårdt hvis blottelsen ikke bliver mødt på en måde, hvor man føler sig hørt. Dette gør sig også gældende selvom behovet ikke er blevet udtrykt gennem ord.

Det kan antageligvis føles som om den døende blotter sig selv i højere grad ved at spørge sygeplejersken direkte: "Jeg er i smerter, kan du hjælpe mig?" End hvis den døende blot sidder i smerten og således kun giver nonverbale hints om sit behov. I begge tilfælde er den døende dog blottet, og i begge tilfælde er der en sandsynlighed for, at der opleves en skuffelse såfremt behovet ikke bliver 'hørt' af sygeplejersken. Der kan også være tale om at den døende ikke har kræfter til at sætte ord på smerten pga. udmattelse, hvilket stiller store krav til sygeplejersken om at være lydhør for verbale såvel som tavse ytringer om behov for hjælp og støtte. Løgstrup peger selv på at der kan være stor forskel på, hvor meget eller hvor lidt der er på spil for et menneske i mødet med en anden og fremhæver selv faktorer som;

den enkeltes psykiske konstitution og øjeblikkelige befindende, på situationen, der ikke mindst er bestemt af, hvem og hvordan den anden er (Løgstrup, 1956, s. 27).

I indeværende projekt fokuseres der netop på den døende og dette fremstår umiddelbart som en særlig sårbar situation, som kan være yderligere forstærket hvis der samtidig er tale om socialt udsatte. De kan være dårligere situeret i forhold til at modtage støtte fra deres sociale netværk og kan derfor være udleveret til sygeplejersken i endnu højere grad, som medfører et endnu større pres på sygeplejersken for at disse mennesker føler sig hørt. Hvis der er nære pårørende, har sygeplejersken også mulighed for at spørge dem til råds i forhold til at aflæse den døende, og de pårørende har således mulighed for at give en indsigt i den døendes situation, som kan være svær at kommunikere for den døende selv.

Fordringen om at tage vare på det andet menneske er dog ikke kun til stede i mødet med de særligt sårbare. Løgstrup peger på, at uanset individet og situationen ligger der en udtalt fordring i mødet mellem mennesker. Det er altså et grundvilkår, at man møder mennesker med tillid, men også at man er udleveret til den anden i mødet, hvortil fordringen er at imødekomme tilliden, der bliver givet. Det skal dog ikke tolkes på en måde, hvor det er et valg om tilliden gives. Den er altid givet ifølge Løgstrup, fordi vi afhænger af andre mennesker og de udgør en del af vores levede verden, hvorfor det ikke kan undgås, at andre mennesker har en del af vores liv i sine hænder. Dette fører til spørgsmålet om, hvordan dette ansvar eller denne fordring skal forvaltes i mødet med den anden.

Da fordringen i sig selv er udtalt, er det således ikke noget, der udspringer af den andens ord, men noget der opstår i mødet. Dette er relevant bl.a. fordi Løgstrup peger på, at det blottede menneskes egen fortolkning af hvad de ønsker eller har behov for, godt kan være i konflikt med det fordringen netop fordrer det andet menneske til at gøre (Ibid., s. 31).

Forholdet kan være én eneste udfordring til mig om at gå imod, hvad det andet menneske forventer og ønsker, fordi alene det er det tjent med (Løgstrup, 1956, s. 31).

Et eksempel kan være barnet, der er sulten og spørger efter chokolade, hvor den fordring, der ligger ved forældrene, kan være at opfylde behovet for mad frem for ønsket om chokolade. Løgstrups pointe er, at det fremstår dybt problematisk, hvis det blot handler om at efterkomme den andens ønsker, for da "ville vort liv sammen blot gå ud på - ansvarsløst - at gøre sig til den andens redskab" (Løgstrup, 1956 s. 31).

Dette fremstår ikke problematisk i eksemplet, da man typisk godtager paternalistisk adfærd i relation til at hjælpe ens børn, men det kan straks fremstå mere problematisk, når der er tale om voksne autonome mennesker. Indenfor sundhedssektoren er der antageligvis en forventning om, at lægen eller sygeplejersken netop ved bedre og er en vis grad af paternalisme accepteret. For Løgstrup er det en nødvendig betingelse for fordringen at man antager, at man ved bedre end den anden selv, for at der overhovedet kan være tale om kommunikation mellem parterne. Grundet at fordringen ikke udspringer af den døende eller hvad den døende siger, men derimod af det faktum, at sygeplejersken hører med til den verden, hvori den døende har sit liv, kan den døende ikke diktere, hvad fordringen 'fordrer' sygeplejersken til (ibid., s. 32). Det er dog vigtigt at notere, at dette ikke betyder, at sygeplejersken således selv kan bestemme hvad fordringen peger imod, ud fra hvad der vil være nemmest eller mest belejligt for sygeplejersken selv.

Det hører fordringen til, at den enkelte selv med hvad han nu måtte have i behold af indsigt, fantasi og forståelse skal se at komme på det rene med, hvad den går ud på (Løgstrup, 1956, s. 32).

Der gives dog ingen anvisninger for, hvordan sygeplejersken skal kunne komme på det rene med, hvad fordringen kræver, og dette er netop fordi det skifter fra situation til situation og således altid er et skøn som sygeplejersken i den enkelte situation må mærke efter og søge imod. Fordringen er altså ikke en blødsøden fordring om eftergiveness over for den enkeltes ønsker (Løgstrup, 1956, s. 59). Forholdet kan være en eneste udfordring om at gå imod, hvad det andet menneske forventer og ønsker, for vi kender ikke altid vores eget bedste. I dette ligger der ifølge Løgstrup også en risiko for at man tager ansvaret for mere, end hvad der vedkommer én og at man overser, at den anden er herre i sin egen verden.

Løgstrup er selv bevidst om, at fordringen således kan fremstå som om den tilskynder overgreb, der i konteksten kan vise sig ved at sygeplejerskens eget livssyn bliver presset ned over den døende på trods af deres eventuelle modvilje (ibid., s. 33). Til spørgsmålet om hvorvidt fordringen tilskynder overgreb svarer Løgstrup selv med følgende:

at skuffe et menneskes lyst til at blive smigret og leflet for vil næppe nogen – uden den skuffede selv – anse for ensbetydende med et forsøg på at påtvinge en anden en fremmed livsforståelse (Løgstrup, 1956, s. 34).

Igen kan dette potentielt virke mindre problematisk, hvis der er tale om, at en behandler påpeger at cigaretter har en negativ effekt på én med lungebetændelse. I dette tilfælde er der tale om behandling med henblik på at helbrede patienten. Spørgsmålet er, hvorvidt dette er anderledes i relation til døende mennesker, der qua at de er døende netop ikke er i behandling med henblik på helbredelse, men derimod palliation. I det første tilfælde kan patienten efter endt behandling begynde at ryge igen og således leve som de ønsker efter et kortvarigt indgreb mod deres egne ønsker. Når man har at gøre med døende, vil der som udgangspunkt ikke være et liv efter behandlingen. Her kan der således være behov for at være ekstra påpasselig i mødet med den døende patient, når det kommer til den sidste tid og lindringen af deres eksistentielle, fysiske og psykiske smerter.

Senere vil der følge en mere dybdegående kritik af Løgstrups antagelse om fordringen som et grundvilkår for mennesket, og som noget der ikke er historisk eller kulturelt betinget. Denne argumentation føres med inspiration fra Gadamer's teori om historisk betingethed som et grundvilkår for mennesket. Først følger dog et afsnit med inspiration fra sygeplejerske og filosofi Kari Martinsen. Dette med henblik på at nuancere teorien og yderligere afdække, hvordan sygeplejersker forventes at navigere ud fra Løgstrups teori om den etiske fordring.

## **4.2 Kari Martinsens omsorgsfilosofi**

Sygeplejen har sit fundament i omsorgen, som er relationel samt indeholder at bekymre sig om - og at tage vare på andre. Martinsen hævder, at sygeplejersken i omsorgen er underlagt den etiske fordring (Martinsen, 2012, s. 52). Sygeplejen er et samspil mellem borgeren og sygeplejersken, og det er sygeplejerskens ansvar og pligt qua sin faglighed at handle til borgerens bedste. Dette bør ifølge Martinsen være en selvfølge, specielt når man står over for et menneske, der er sårbart (Alvså & Martinsen, 2018, s. 216). I vores kontekst tages der bl.a. udgangspunkt i socialt udsatte - og døende borgere - der derfor befinder sig i en situation, der kan anses som særligt sårbar. På denne baggrund kan sygeplejerskens omsorg for disse mennesker være af stor betydning, for

hvordan de oplever den sidste tid. Martinsen udlægger den etiske fordring, og dennes rolle for sygeplejersken på følgende måde:

[Den etiske fordring] er i sitt vesen uopfyldelig, og den kan ikke tjene direkte til begrundelse for våre handlinger. Den må gjøre seg gjeldende som et siktemål, som en prøvesten for de verdier og normer vi setter opp og lager for våre handlinger. Normer er nødvendige, men ikke tilstrekkelige (Alvsåg & Martinsen, 2018, s. 217).

Sygeplejersken vil eksempelvis ikke alene kunne tage udgangspunkt i sygeplejefaglige retningslinjer, som eksempelvis omhandler fysiske observationer af døende. Dette er ikke tilstrækkeligt og vil ikke kunne give et fyldestgørende billede af den døende, som eksempelvis kan bære på en stor eksistentiel smerte. Dermed vil et samlet skøn af både fordringen og de relevante regler og normer være nødvendige for at sygeplejersken kan handle til den døendes bedste og ud fra, hvad der fordres af den konkrete situation. Martinsen formulerer sin udlægning af Løgstrups 'gyldne regel', som kan siges at være en hjælp til at opfylde den etiske fordring, på følgende måde (Martinsen, 2012, s. 55).

Den gyldne regel forlanger, at jeg skal bruge min fantasi, at jeg i fantasien vendt mod den anden forsøger at sætte mig i den andens sted, i hans situation. Det drejer sig altså om at kunne bytte roller, så jeg ikke møder den anden ud fra mine egne præmisser og former ham i mit billede (Martinsen, 2012, s. 55).

Der foreligger således en antagelse om, at man som sygeplejerske kan sætte sig fri fra sine egne præmisser, og at det således er muligt at fralægge sig sit eget perspektiv og dermed se den andens situation fra deres perspektiv.

At være døende fremstår som en særlig sårbar situation og det er netop denne eksistens af sårbarhed og værdighed, som kalder på at blive taget vare på. Sygeplejersken må høre denne kalden, lade sig berøre af den for at vække en spontan medfølelse. På denne baggrund kan fantasien ifølge Martinsen aktiveres og skabe et tankerum hos sygeplejersken til at se 'mig i den anden' (Martinsen, 2012, s. 56). Fantasien kalder på skønnen og giver ifølge Martinsen mulighed for, at kunne sætte sig i den andens sted (Alvsåg & Martinsen, 2018, s. 218). Antagelsen om, at man gennem fantasien kan sætte sig i den andens sted, kan dog problematiseres. I takt med at sygeplejersken skal benytte *sin* fantasi og *sit* skøn, for at indlevelsen i den døendes situation kan

finde sted, mener vi at et afsæt i egne præmisser vil komme i vejen for at dette kan lykkes. Sygeplejersken vil bibeholde egne præmisser, som ordene *sin* og *sit* ligeledes antyder. Ud fra vores tolkning fremstår det som om, at Martinsen ikke ser det som problematisk at tage for givet at sygeplejersken kan sætte sig fri fra egne præmisser. Alternativt må det tolkes, som om hun forudsætter at sygeplejerskens normer og værdier enten antages at være fælles med den døendes, eller at disse uproblematisk kan gøre sig gældende for den døende. Dette fremstår problematisk, da livet som socialt udsat døende, antages at kunne afvige betydeligt fra det liv sygeplejersken selv lever. En antagelse om fælles normer og værdier fremstår dermed ikke hensigtsmæssig for at forstå den døendes livssituation.

Den døendes livssituation kan blandt andet indeholde markant divergerende historisk, kulturel og social kontekst, som sygeplejersken potentielt ikke kan realisere en forståelse for, hvis det antages at man kan sætte sig i den døendes (og socialt udsattes) sted, uden en bevidsthed om disse væsentlige forskelle i deres livsverden. Dette vil ikke blive kritiseret yderligere, men der vil i afsnit 6.2.1 af diskussionen føres en argumentation i forhold til det problematiske ved at antage et perspektiv der er almengyldigt og dermed kulturneutralt.

For sygeplejersken fordres der ikke kun medmenneskelighed i omsorgen, men at kunne danne sig indtryk ud fra faglig viden også. Sygeplejersken må altså besidde det, som Martinsen kalder det faglige skøn (Ibid., s. 217). Dette betyder, at sygeplejersken udover at have indsigt i almene sociale normer og idealer m.m., ligeledes skal være bevidst om faglige idealer og normer. Det faglige skøn kan sammen med den gyldne regel lede sygeplejersken frem mod det rette at gøre i situationer, hvor den rette handling ikke er tydelig. Da fordringen er tavs og ikke fortæller hvad det rigtige er at gøre i situationen, er det sygeplejerskens ansvar at finde frem til den rette måde at drage omsorg for den enkelte (Martinsen, 2012, s. 56). Skøn og omsorg har udgangspunkt i den konkrete situation og har tæt forbindelse til hinanden. Disse kompetencer må bringes i spil i sygeplejen, som Martinsen kalder for et avanceret samspil (Ibid., s. 57). Dette er et samspil mellem tre forskellige faktorer; den spontane medfølelse, den etiske fordring om at tage vare på den andens liv og de kulturbestemte normer. Disse tre faktorer er på forskellig vis på spil i de situationer som sygeplejersken befinder sig i. Dette samspil, kan være med til at tydeliggøre den kompleksitet

sygeplejersken står i, i relationen til den døende, og måske i særlig grad i relation til en døende der lever og har levet et liv, der ligger fjernt fra den måde sygeplejersken selv lever på. Den socialt udsatte døende kunne være et eksempel herpå, hvor sociale og kulturelle normer kan divergere markant fra dem sygeplejersken selv lever efter. Det vil antageligvis være sværere at sætte sig i en andens persons sted, når eksempelvis den døende har et aktivt misbrug og/eller er hjemløs, hvor sygeplejersken formentligt kommer fra en mere stabil tilværelse.

#### **4.2.1 Suveræne livsytringer**

Ifølge Løgstrup indeholder tilværelsen suveræne livsytringer, som for eksempel kærlighed, tillid og barmhjertighed (Løgstrup, 2013, s. 97). De suveræne livsytringer er os givet af livet, og i dem ligger vores grundlæggende værdiforudsætninger som mennesker. Livsytringerne finder sted spontant og før enhver refleksion. Ifølge Løgstrup kan man ikke bevidst bestemme sig for at manifestere livsytringer som kærlighed eller barmhjertighed. De suveræne livsytringer er i kraft af deres førkulturelle og føretiske karakter ikke noget der skal begrundes, og er et udtryk for at mennesket ikke har alt i sin magt (Martinsen, 2007, s. 146). De får sit indhold af situationen og relationen til det andet menneske. Livsytringen gør sig i det hele taget gældende ved dét at være menneske og er umiddelbare og spontane, fordi man handler spontant af for eksempel barmhjertighed (Martinsen, 2012, s. 12). Livsytringerne kan tjene som ideal for vores handlinger og kommer også selv til udtryk gennem vores handlinger.

Livsytringen lægger ikke adfærden fast, dikterer ikke handlingen, og den udelukker ikke rationelle overvejelser eller skønl, den tværtimod forlanger dem (Løgstrup, 1982, s. 11).

Dette følger fordi livsytringen netop er manifesteret i handlingen. Når man handler barmhjertigt er det livet der ytrer sig gennem os som individer. Den bestemmer ikke handlingen, men er et eksempel på nogle grundlæggende manifestationer af livet, som viser sig gennem mennesket. Det er ligeledes årsagen til, at mennesket ifølge Løgstrup ikke kan tage æren for de suveræne livsytringer, de udspringer af noget der transcenderer det enkelte menneske. At livet ytrer sig på denne måde betyder dog ikke, at mennesket er fri fra ansvar. Handlinger kræver netop moralsk refleksion og skønsomme vurderinger, for at sygeplejersken kan afgøre, hvordan der i hver enkelt situation bedst handles i overensstemmelse med fordringen og dermed til den døendes bedste.

Martinsen mener, at dette må tillæres gennem erfaring og klogskab, og stiller endvidere krav til sygeplejerskens omhu og iagttagelsesevne for at kunne registrere, hvilke moralske fordringer mødet med den døende stiller (Martinsen, 2007, s. 157f).

Tilliden er fundamental og en grundlæggende værdi i omsorgen. At vise tillid indebærer at udlevere sig, og sker i enhver samtale med vores holdning, blik m.m., med et ønske om at blive imødekommet. Sygeplejerskens opgave er at blive den døendes tillid værdig (Martinsen, 2007, s. 150). Men hvad betyder dette? Ifølge Martinsen er der for sygeplejersken to muligheder, når borgeren udleverer sig; at tage vare på borgeren eller at udvise ligegyldighed ved ikke at tage vare på borgeren. Tages der ikke vare på den anden, vil mistillid vækkes (Ibid., s. 152). Martinsen hævder med reference til Løgstrup, at tilliden i begyndelsen af et møde er omsluttet af en gensidig forbeholdenhed, som må respekteres. Det er her, at sygeplejersken må udvise respekt og gøre sig tilliden værdig ved at modtage denne forbeholdne tillid. Fordringen, og det at gøre sig tilliden værdig, må med andre ord ligge i, at sygeplejersken tager vare på borgeren når denne udleverer sig, er engageret, oprigtigt interesseret og forsøger at finde frem til den rette måde at hjælpe borgeren på i den konkrete situation. På denne måde kan sygeplejersken gøre sig tilliden værdig, og borgeren kan opleve at blive mødt i sin udleverethed (Ibid., s. 153). For at sygeplejersken kan gøre sig tilliden værdig følger, at hun kan handle ud fra sit faglige skøn, benytte sin fantasi som afsæt til den gyldne regel samt ikke mindst bringe sin egen sårbarhed i spil. Tillid opbygges ikke ved at handle ud fra regler, men har med engagement, spontanitet og indlevelse at gøre, hvilket altså kræver en vis udleverethed af sygeplejersken, såvel som af den døende. Sygeplejersken må være oprigtig i relationen til den døende og være sensitiv og emotionel involveret, da det er nødvendigt for at kunne følge den gyldne regel og sætte sig i den døendes sted. På denne måde stiller sygeplejersken sig åben og sårbar i situationen. Sygeplejersken må vurdere om regler og normer er hensigtsmæssige i forhold til situationen og dermed hvorvidt de skal overholdes eller brydes, hvilket ligeledes er indeholdt i de sygeplejeetiske retningslinjer<sup>5</sup>. Der kan på baggrund af situationens omstændigheder opstå et dilemma for sygeplejersken mellem den sårbarhed som udvises og det at skulle agere professionel samtidig med at skulle bevare et fagligt overblik og gøre

---

<sup>5</sup>Punkt 4.4 "Udfordre love og instrukser, hvis de strider mod professionens etiske værdier" (Sygeplejeetiske retningslinjer, 2014, s. 10)



sig tillid værdig. Der kan dermed være fare for at omsorgen kan vippe over i sine modsætninger, til sentimental omsorg eller paternalisme (Martinsen, 2007, s. 153).

Hvis sygeplejersken i relationen til den døende er meget følelsesmæssigt involveret, har for meget sympati for den døende, kan der være tale om en sentimental omsorg. Involveringen i den døendes lidelse bliver så at sige begrænset til sygeplejerskens egne personlige følelser og præmisser. Omvendt ser det ud, når der er tale om den paternalistiske omsorg, hvor sygeplejersken fremstår som ekspert og agerer bedreviddende, primært i kraft af sin faglighed. Den døende vil i tilfælde af paternalisme blive 'overset' og gjort magtesløs (Ibid., s. 154). I begge disse tilfælde kan sygeplejersken ikke blive den døendes tillid værdig. Sygeplejersken formår ikke at udvise den nødvendige oprigtighed og sensitivitet i relationen, som kan tilgodese respekt for den døendes autonomi.

Målet for sygeplejersken er at indgå i relationen for at gavne den døende mest muligt, hvilket gør sig gældende i Martinsens udlægning af 'den svage paternalisme'. Den svage paternalisme er en balancegang mellem den sentimentale omsorg og paternalisme. Her bevares sensitiviteten for den anden, og sygeplejersken kan vise sårbarhed og ikke mindst oprigtighed i relationen som er grundlæggende for at blive den andens tillid værdig (Martinsen, 2007, s. 154). Ifølge Martinsen bør der i relationen indgå en autoritetsstruktur, som bygger på at sygeplejersken besidder en faglig viden som den døende ikke har, men som er nødvendig i situationen (Martinsen, 2007, s. 154). Men der må overholdes et princip om respekt for den døendes autonomi, hvilket kun er muligt, hvis sygeplejersken tager vare på den anden med et ønske om, at hjælpe den anden mest muligt. Det er sygeplejerskens faglige skøn, der afgør, hvorledes der tages imod den døendes udleverethed og imødekommer kravet fra den etiske fordring. Samtidig fastholder skønnet sygeplejersken i balancen mellem nærhed og distance i den konkrete situation og afgør, hvad der er det rette at gøre (Martinsen, 2007, s. 155). Martinsen beskriver det faglige skøns opgave og dermed den svage paternalisme på følgende måde:

For at tage imod den andens udleverethed har man brug for fagligt skøn, som balancerer mellem nærhed og afstand i relationen ud fra den konkrete situations appel. Skønnet holder os fast, så vi ikke vipper over i omsorgens 'udartninger', netop ved at det fordrer situationsanalyser med villighed til at sætte sig ind i den andens situation og lære af den andens erfaringer (Martinsen, 2007, s. 155).

Svag paternalisme forudsætter altså en faglig funderet viden og handlekompetence hos sygeplejersken. Dette fordrer at der i vanskelige situationer, med afsæt i engagement og sensitivitet, kan vurderes hvad der er bedst at gøre i den konkrete situation (Ibid., s. 156). Der ligger en grundlæggende anerkendelse af den døendes autonomi og integritet i omsorgen, som kræver at sygeplejersken er den døendes tillid værdig.

Som en del af at kunne drage svag paternalistisk omsorg, skal sygeplejersken kunne se den døende gennem 'hjertets øje', et begreb udviklet af Martinsen, hvor sansningen er dominerende (Martinsen, 2001, s. 14). Man er med dette øje ét med omverdenen samt menneskene deri, og den døende fremstår som værdifuld. Med 'hjertets øje' angår den døende sygeplejersken. Der gemmer sig ifølge Kari Martinsen et 'bør' mellem den sansende og dén der sanses. Med dette menes, at ingen mennesker eller intet liv er ligegyldigt, men bør tages vare på - en appel fra den etiske fordring om at være barmhjertig (Ibid., s. 25). Sansningen kan være slående og lammende, som hvis sygeplejersken rammes af overvældende medlidenhed og sympati for den døende. Sygeplejersken kan ifølge Martinsen få en oplevelse af at mærke den andens lidelse på egen krop, som i den sentimentale omsorg. Sygeplejersken skal derfor kunne tæmme denne medlidenhed og kunne forstå, at den er hende/ham angående og dermed omdanne sansningen til et indtryk, der appellerer til at blive taget vare på og tages alvorligt af sygeplejersken.

Ifølge Martinsen indgår sansningen og forståelsen i en vekselvirkning, hvor sansningen bliver fundamentet for forståelsen og hindrer at denne bliver en ren registrering. Dette kalder hun ligeledes at se med det 'dobbelte øje' (Ibid., s. 27). Ved at søge genkendelse og indlevelse kan sygeplejersken altså forsøge at forstå situationen, og på denne måde kan der skabes en nødvendig afstand, således at der opnås en svag paternalistisk omsorg i stedet for en sentimental.

Benytter sygeplejersken sig af 'det registrerende øje', bliver den døende gjort uvedkommende og integriteten udviskes (Ibid., s. 14). Dette øje er ikke modtageligt for sanselige indtryk som hjertets øje, men er tværtimod optaget af at klassificere, måle og veje og er så at sige mere instrumentelt orienteret. Kliniske retningslinjer og normer vil have stor indflydelse på dette øje. Denne måde at se på er blevet til i den moderne tidsalder (Martinsen, 2001, s. 36). Det kan have en sammenhæng med at accelerationssamfundet har gjort sit indpas, mere specifikt den teknologiske acceleration

(jf. afsnit 3.2.1). Fundamentale fænomener, som den etiske fordring bygger på, overses og høres ikke til fordel for viden og totalitet, og 'det registrerende øje' retter sig mod den døende som en genstand og ikke som enestående og unik. Martinsen hævder at dette blik er et reduceret- og neutralt blik, der søger en totalitets tænkning hvor mangfoldighed ikke anerkendes, men systematiseres (Ibid., s. 37).

Det 'registrerende øje' har sin sammenhæng med den paternalistiske omsorg. Og ligesom den paternalistiske omsorg har væsentlige elementer der gør sig vigtig for det faglige skøn og omsorgen som helhed, så har sygeplejersken i omsorgen til den døende ligeledes brug for både det 'registrerende øje' og 'hjertets øje' for at kunne imødekomme fordringens krav om at tage vare om den døende på bedst mulig måde. Det 'registrerende øje' vurderer det sansede indtryk fra 'hjertets øje' ud fra fagkundskaber, og sammenspillet mellem det 'registrerende' - og 'hjertets øje', gør det muligt at se den døende og mennesket i én og samme person (Ibid., s. 43). I det faglige skøn arbejder sanserne, etikken og fagligheden sammen med et konstant fokus på det unikke og et levet liv hos den døende. Der finder dog samtidig en kamp sted, hvor det 'registrerende øje' prøver at få overtaget i form af at følge krav, retningslinjer m.m. i stedet for det hjertelige øjes opmærksomhed på nærvær og sansning (Martinsen, 2001, s. 43). Sygeplejersken skal turde tro på og stå ved sine sansers stemthed i situationen og relationen med den døende, have tillid til dem, som afsæt for at vælge de rette faglige kompetencer og tiltag der vil kunne bidrage til den rette omsorg til mennesket og den døende som et helt unikt menneske.

### **4.3 Delkonklusion:**

For kort at opsummere hvordan man kan forstå sygeplejerskens faglighed og værdier ud fra Løgstrup og Martinsen, kan det fremhæves at den døende er udleveret til sygeplejersken. Dette er et grundvilkår for mødet mellem mennesker, men et aspekt der er skærpet i mødet med den døende, da denne er særligt sårbar og dermed udleveret i højere grad. Det er derfor op til sygeplejersken at vurdere hvordan denne fordres til at tage vare på den døende på den måde den døende er bedst tjent med. Situationen for den døende er særligt sårbar, da denne kan afhænge af sygeplejersken for at få opfyldt basale behov og sygeplejersken skal således være særlig lydhør for

verbale såvel som nonverbale behov. Dette er yderligere skærpet i forhold til socialt udsatte med et svagt socialt netværk. Givet at sygeplejersken kan fordres til at gå imod den andens ønsker, ligger der en fare for paternalistisk adfærd og overgreb. Martinsen peger på, at dette kan undgås ved at navigere ud fra en balancegang mellem moralsk refleksion, faglige skøn og det at se verden med 'hjerterets øje'. Dette kræver, at man er indlevende og sensitiv, men ikke til en grad, hvor det bliver til sentimental omsorg. Sygeplejersken må ligeledes være fagligt til stede, men åben for gensidighed således det ikke fører til paternalisme og overgreb.

Indeværende tolkning indikerer, at man ifølge Martinsen kan sætte sig i den andens sted ved at fralægge sig egne præmisser, og på den måde transcendere eventuelle forskelligheder ift. sociale normer og værdier. Dette kan fremstå problematisk, da der kan være markante forskelle mellem livet som døende, og særligt livet som socialt udsat døende. Dennes livsverden kan antages at divergere markant fra sygeplejerskens eget liv og denne antagelse om kulturneutralitet hos Martinsen og Løgstrup, vil blive diskuteret yderligere i afsnit 6.2.1 Forud for dette følger en undersøgelse af mødet mellem sygeplejersken og den døende.

## **5. Mødet mellem sygeplejersken og den døende**

Mødet mellem sygeplejersken og den døende vil blive belyst med henblik på, at afdække nogle af de udfordringer der kan forekomme i tilknytning hertil for sygeplejersken. Dette med henblik på at belyse udfordringer i forhold til omsorgstræthed, og gennem bud på mestringsstrategier belyse udfordringer ved de sygeplejersker, hvor disse mestringsstrategier ikke kan gøre sig gældende.

Forud for dette følger en udlægning af håbet samt håbets rolle og potentiale for den døende, samt hvilke krav dette stiller til sygeplejersken i forhold til hvilke forståelser af håb der stilles til rådighed. Dette fremstår særlig relevant i mødet med døende borgere og patienter, hvor håbet om helbredelse kan fremstå utilstrækkeligt og i værste fald, som noget der kan modvirke accept af døden.

Der vil endvidere foreligge et afsnit som fokuserer på sundhedspersonales oplevelse af sorg, når patienten/borgeren dør. Efterfølgende fremlægges familiemetaforen med henblik på, hvordan denne kan fordre en anden form for møde mellem døende og sygeplejersker, og hvordan det kan tænkes at situere sygeplejersken anderledes i relation til sorg. Metaforen har ligeledes relevans ift. at skabe en anden relation til den døende i den sidste tid, og kan tolkes som et modsvar til en fremmedgørende tendens i samfundet og således et forsøg på, at skabe stabile resonansakser for både sygeplejersker og døende.

## 5.1 Udfordringer i mødet i forhold til begrebet 'håb'

Begrebet håb bliver i den danske ordbog defineret enten som en "følelse af forventning og ønske om at noget bestemt vil ske" eller "optimisme, fortrøstning og tiltro med hensyn til fremtiden" (Den danske ordbog). Der foreligger således en bevidsthed om, at håb ikke nødvendigvis er et entydigt fænomen og at det bl.a. kan henvise til noget man 'håber' på sker, eller en generel optimisme om at det nok skal gå alt sammen. I relation til sundhedsprofessionelle har Qama, Diviani, Grignoli og Rubinelli (2022), som tidligere nævnt, skrevet artiklen: *Health professionals' view on the role of hope and communication challenges with patients in palliative care: A systematic narrative review*. Dette review fremhæver bl.a. at forskning peger på håb som en af de vigtigste faktorer i forhold til livskvalitet hos døende borgere (Qama, Diviani, Grignoli & Rubinelli, 2022, s. 1470). Håbet får dog en lidt anden position i denne kontekst, da det ikke længere kun handler om håbet for at overkomme eller overleve sin lidelse, men beskrives også som:

an emotion-focused on comfort and peace in the present. Hope is about creating meaningful memories with your loved ones rather than expecting a thriving future (Qama, Diviani, Grignoli & Rubinelli, 2022, s. 1470).

De skelner altså mellem håbet om at blive rask, og hvis det ikke kan realiseres, fordres der et skift til håbet om en meningsfuld sidste tid. Formålet med artiklen er at hjælpe sundhedspersonale til at reflektere over håb som koncept og opnå en mindre statisk forståelse af håbet. Dette fremstår hensigtsmæssigt ud fra, at lægevidenskaben tidligere har haft fokus på at helbrede patienter og dermed kunne forekomme utilstrækkelig i forhold til terminale patienter, der blev efterladt til sig selv (se afsnit 2.1 den gode død i historisk perspektiv). Fokus på håbet om helbredelse bliver stadig

fremhævet som relevant i bl.a. behandling af kræft og der henvises endvidere til interviews med sundhedspersonale som arbejder med kræftpatienter (Ibid., s. 1473). Her understreges det, at de ikke vil afholde patienterne fra at prøve eksperimentelle behandlinger af, og personalet forsøger aktivt at opmuntre de kræftsige til at have håb og blive ved med at kæmpe mod sygdommen. Der argumenteres ligeledes for at udsætte samtaler om at opgive behandling netop for at bevare håbet. Denne tilgang fremstår interessant idét at den står i kontrast til idealet for den gode død, der netop bygger på accept af døden, som kan ses som et forsøg på at udsætte konfrontationen med døden. Det gør denne form for håb til en form for modpol til accept af døden. Det bør dog nævnes at de i artiklen også fremhæver fred/accept af døden som det ultimative form for håb, men belyser, hvordan håb kan forstås på flere måder (Ibid., s. 1471f).

En af de store udfordringer, der præsenteres i relation til håb, bliver fremhævet som værende, at samfundet generelt har fokus på håb forstået som håbet for at blive helbredt og at dette påvirker sundhedspersonalets position i relation til den døende (Ibid., s. 1473). Dette fordrer at mange patienter ikke ønsker at høre sandheden for at kunne bevare håbet, hvilket kan modarbejde muligheden for at opnå accept af døden. Dette problem bliver fremhævet i en artikel af Schulman-Green, McCorkle, Cherlin, Johnson-Hurzeler & Bradley (2005), hvor flere hospicesygeplejersker understreger nødvendigheden af ærlighed fra læger og specialister fordi falsk håb kan komme i vejen for den døendes accept af situationen. Her kan hospice sygeplejerskerne potentielt kritiseres for at idealet for den gode død bliver paternalistisk, hvis ønsket om at realisere dette ideal, kommer på bekostning af patientens eget ønske om ikke at blive frataget håbet om helbredelse. Såfremt den døende er eksplicit om dette ønske, vil dette formentligt blive respekteret og det forekommer således som en svag kritik.

Der fremstår således forskellige udfordringer ved forskellige forståelser af håb, men måske er problemet, at der i flere tilfælde er tale om statiske forståelser af håbet. Artiklen af Qama et al. konkluderer i hvert fald gennem disse konflikter i forståelsen af håb, at det kan være hensigtsmæssigt med en anerkendelse af, at håbet for en døende patient kan skifte igennem sygdomsforløbet og at det derfor er vigtigt, at sygeplejerskerne er sensitive over for disse skift og ikke holder fast i en statisk forståelse af håb i deres møde med den døende patient (Qama et al., 2022, s. 1474). Hvis en statisk forståelse af håbet modvirker en tilstrækkelig sensitivitet for den

døendes skiftende behov kan dette altså hindre personalet i at følge med i den process som patienten kan gennemgå i konfrontationen med sin sygdom, sin dødelighed og hvordan dette kan føre til flere genfortolkninger af håbet.

En manglende sensitivitet for håbet omskiftelighed kan ud fra dette tolkes som noget, der modvirker resonanssensibiliteten, som ifølge Rosa er en essentiel del af det, der kan skabe resonansrum og dermed meningsfulde oplevelser og relationer. Dette sker, hvis en statisk forståelse ikke tillader sygeplejerskerne at være imødekommende over for de eventuelt skiftende behov i forbindelse med håb hos den døende. Konklusionen af Qama et al. (2022) i forhold til håbet kan dermed understøttes af Rosa's forståelse af resonanssensibilitet. For at kunne realisere en mere dynamisk forståelse af håb er der dog behov for yderligere uddybning af, hvordan man kan forstå håb på andre måder end den normative og konkrete forståelse af håbet. Der er altså behov for en forståelse af håb, der kan hjælpe til at skabe ro og accept af døden, noget der netop, ifølge artiklen, anses som det ultimative håb. For at belyse en forståelse af håbet som kan rumme dette, følger nu en redegørelse af et såkaldt 'værenshåb'. Et håb der ikke udspringer af individet, men af noget som er større end det enkelte individ. Dette med henblik på at vurdere, hvorvidt dette kan skabe mere resonanssensible rammer og dermed have potentiale for at bidrage til at skabe en meningsfuld sidste tid og i højere grad at realisere 'en god død'.

### **5.1.1 Værenshåbet som alternativ til det konkrete håb**

Vibeke Graven og Jan Brødslev Olsen beskriver håb i bogen 'Hvor der er håb' ikke kun som værende af metafysisk karakter, men også mere konkret, som et 'værenshåb' (Graven & Olsen, 2018, s. 115). Værenshåbet har livsvigtig karakter i kraft af en nær tilknytning til det konkrete liv. De karakteriserer værenshåbet som en livsytring og trækker således på Løgstrups terminologi, hvilket betyder, at det ikke er noget, der er dannet af det enkelte menneske rettet mod noget konkret, men noget som er os givet af livet.

Værenshåbet ligger i menneskers forbundethed med verden. Dette eksistentielle værenshåb er væsentligt at udforske nærmere som alternativ til det konkrete håb med henblik på at undersøge, hvordan denne form for håb kan tænkes at situere sygeplejersken og den døende. Graven og Olsen udlægger værenshåbet som noget der er båret af kærlighed og tillid og beskriver endvidere at:

Erfaringen af medmenneskelighed er håbets fundament, og skal professionsarbejde understøtte menneskers håb, er det altafgørende, at den professionelle er medmenneskelig (Graven & Olsen, 2018, s. 116).

Dette understøtter de bl.a. ved at henvise til forskning, der indikerer at håb forudsætter en grundlæggende tillid til, at andre mennesker ønsker at hjælpe en, når man har brug for det. Der ligger altså i dette værenshåb en forventning om næstekærlighed og medmenneskelighed, hvilket yderligere understreger deres inspiration fra Løgstrup, som netop også ser tilliden til andre mennesker som noget, der er til stede i mødet med andre, med mindre særlige omstændigheder modvirker dette. De påpeger ligeledes, at selv hvis håbet virker til at være helt forsvundet og man står overfor en fortvivlet person, er det muligt at vække håbet fra sin dvale, som en glød der ulmer og kan blusse op igen med de rette forudsætninger (ibid., s. 115). En af disse forudsætninger kunne være den døendes relation til sygeplejersken, da denne form for håb har en relationel karakter. Værenshåbet har relationel karakter ved at det udspringer af livet, som udspringer af og er forankret i vores forbundethed til verden og andre mennesker. Mødet mellem sygeplejersken og den døende har med dette afsæt væsentlig betydning for, hvorledes håbet kan bæres oppe for den døende og hvordan sygeplejersken kan understøtte dette håb. Sygeplejerskens medmenneskelige tilgang vil ikke kun være et vigtigt element, men også en forudsætning for at kunne understøtte værenshåbet i mødet med den døende (ibid., s. 117). Omvendt gælder det således også, at hvis den døende ikke oplever sygeplejersken som genuint imødekommende, tillidsfuld og medmenneskelig, vil håbet have dårligere forudsætninger. Dette anses som værende særligt sårbart hos døende, der ikke har et stærkt socialt netværk i form af venner og familie (herunder socialt udsatte), da de dermed ikke kan søge støtte og håb andre steder og derfor i højere grad afhænger af relationen til sygeplejersken (jf. afsnit 3.1.3). I forbindelse med den autenticitet, som kræves af sygeplejersken i dette møde trækker Graven & Olsen igen på Løgstrup, som netop påpeger at "der skal være et element af ægthed bag motiverne for enhver hjælp" (Graven & Olsen, 2018, s. 117). Denne 'ægthed' kan karakteriseres ved et sanseligt nærvær og komme til udtryk gennem medmenneskelighed og næstekærlighed. Det er netop på baggrund af den ægthed, der efterspørges, at mødet med den døende ikke kan ensrettes efter bestemte regler eller normer. Der kan således ikke laves et manuskript for, hvordan mødet bør foregå, og det er ligeledes her kimen til, hvorfor den statiske forståelse af håb ikke er tilstrækkelig. For at mødet kan foregå på en måde, hvor værenshåbet har mulighed for at indfinde sig, er der behov for at sygeplejersken er til stede



med et sanseligt nærvær, der tager udgangspunkt i en forståelse og et skøn der retter sig mod, hvad der er på spil i det konkrete møde (Ibid., s. 117f).

Ifølge Graven og Olsen (2018, s. 120) er det vigtigt, at sygeplejersken har øje for forskellen mellem værenshåbet og det mere konkrete og fremtidsorienterede håb, i mødet med den døende. Det konkrete håb vil eksempelvis kunne indebære et håb om helbredelse, hvor værenshåbet karakteriserer det, man kan kalde 'et absolut håb'. Denne terminologi låner de fra Løgstrup og det absolutte håb dækker over en form for håb, der transcenderer individet selv som bl.a. kan indeholde et håb om, at den døendes nærmeste har det godt efter den døende ikke er på jorden længere. 'Værenshåbet' og 'det absolutte håb' fremstår i høj grad som synonyme, men i Løgstrups forståelse af det absolutte håb, ligger der måske et mere kristent fundament (Nikolajsen, 2022). Dette vil blive yderligere uddybet i afsnit 5.1.2 med henblik på at afdække Løgstrups forståelse af, og fundament for håbet. Graven og Olsen argumenterer for, at det i mange tilfælde vil kunne bidrage til den døendes velbefindende, hvis man understøtter den døendes værenshåb. Dette ud fra en tese om, at denne form for håb modvirker fortvivlelse og modsat, at hvis sygeplejersken derimod forsøger at opløfte patienten ved at give et falsk håb om helbredelse eller en genvindelse af fysiske kræfter, kan dette begrænse den døendes autonomi (Graven & Olsen, 2018, s. 120). Dette følger ved at man lader den døende "antage falske forhåbninger om dennes fremtidsudsigter" (Graven & Olsen, 2018, s. 120). Den døende mister således muligheden for at agere på den livssituation, de reelt set befinder sig i, og som de ikke kan undgå at blive konfronteret med, når vedkommendes situation bliver så kritisk, at de ikke kan bibeholde det falske håb længere. Dette kan forekomme trods gode intentioner hos sygeplejersken, men grunder altså på en utilstrækkelig eller i hvert fald uhensigtsmæssig forståelse af håb. De påpeger endvidere at:

En opmærksomhed på både medmenneskets konkrete fremtidsrettede håb og det underliggende værenshåb er både vigtig og kompleks, for gennem vores livsproces vil håbet flytte sig (Graven & Olsen, 2018, s. 121).

De fremhæver således også vigtigheden i en mere dynamisk forståelse af håbet, der både rummer det konkrete håb, men også dette mere eksistentielle værenshåb. Dette underbygges endvidere med en udtalelse fra en sygeplejerske fra Hospice Limfjord, der argumenterer for at håbet altid er at finde. Dette følger ifølge sygeplejersken ved, at når ét håb forsvinder, som f.eks. håbet om helbredelse, bliver der plads til et andet håb. Det kan være håbet om at opleve en sidste dansk

sommer, eller nå at sige farvel til ens venner og familie. Gradvist “rykker de [håbet] over på det, der ikke har med dem selv at gøre, så bliver det deres omdrejningspunkt” (Graven, 2015, s. 216).

Værenshåbet vil således altid være at finde, også i en situation, der ellers emmer af håbløshed. Opgaven for sygeplejersken bliver derigennem at finde frem til og forsøge at understøtte det håb, der giver mening for den døende og som afspejler hvor de er i deres rejse mod værenshåbet. Hvordan denne rejse ser ud, og måden hvorpå dette kan understøttes, er forbundet med den døendes levede erfaringer og livshistorie. Sygeplejersken fordres således til hele tiden at have dette for øje, og ethvert skøn i forhold til hvordan denne bedst understøtter håbet vil være bundet til den partikulære situation. Denne form for kontekstsensivitet og lydhørhed over for den døende antages derfor ikke, at kunne faciliteres ud fra faste anvisninger eller ud fra en forståelse af håbet som statisk, men fremstår særdeles essentiel for at bidrage til accept af døden og mest mulig livskvalitet i den døendes sidste tid.

Det følgende afsnit har til formål at blottlægge fundamentet for værenshåbet eller det absolutte håb, og tager derfor udgangspunkt i Løgstrup, og vil derigennem afdække ophavet for hans forståelse af håbet. Det tjener således til yderligere uddybelse af værenshåbet, men også til en afdækning af, om hans tænkning repræsenterer en særligt kristen tolkning af håbet. Dette med henblik på at kunne forholde sig kritisk til, hvorvidt der foreligger en kristen forforståelse, som tages for givet og dermed præger det, der udlægges som almengyldige sandheder. Dette problematiseres endvidere i afsnit 6.2.1.

### **5.1.2 Løgstrup og håb**

Løgstrup skelner ligeledes mellem to typer af håb; dagligdagens håb, der som ordet antyder knytter sig til hverdagens forhåbninger, som eksempelvis håbet om solskin. Dette håb minder i høj grad om det konkrete håb. Det andet håb, og det der fremstår særlig væsentligt for dette projekt og som også blev berørt i forrige afsnit, er det absolutte håb (Graven & Olsen, 2018 s. 104). Det absolutte håb er et værenshåb og et udtryk for en suveræn livsytring, og Løgstrup refererer derfor nogle til det som ‘det suveræne håb’. I denne sammenhæng er det absolutte håb og det suveræne håb således brugt synonymt. Løgstrup formulerer denne form for håb på følgende måde:

Det er et håb, der kender de betingelser, der er sat for vor tilværelse, men ikke holder sig inden for dem. Det er et håb der rækker ud over døden (Løgstrup, 1976/1995, s. 247).

Det absolutte håb er modsat dagligdagens håb ikke afhængigt af dets opfyldelse og kan altså række ud over individets tilværelse og dermed også ud over døden. Det er et håb, der ikke kun knytter sig til personlige ønsker, men også til livet, familien, verden, menneskeheden mm. Det rækker dermed ud over det personlige og indeholder noget eksistentielt og dybere. Det absolutte håb har for Løgstrup karakter af at være en suveræn livsytring og dette viser sig i, at det absolutte håb skal forstås som; "en livsytring der ikke kun har sit ophav i individet, men i selve tilværelsen" (Løgstrup, 1976/1995, s. 247).

De suveræne livsytringer er ifølge Løgstrup tæt forbundne til sansningen. Sansningen er som de suveræne livsytringer spontane og prærefleksive, de sker for os og sætter os i forbindelse med universet (Graven & Olsen, 2018, s. 106). De er suveræne, fordi de sætter sig igennem uafhængigt af den menneskelige vilje og bevidsthed. Det er som ordet antyder, livet der ytrer sig gennem mennesket og fordrer adfærd, der er i overensstemmelse med at vise tillid, barmhjertighed, oprigtighed. Det absolutte håb manifesterer sig på samme måde. Livsytringerne er altså ifølge Løgstrup ikke noget man kan beslutte sig for at leve efter, men en måde hvor livet sætter sig igennem og håbet og det håbefulde sker så at sige med os.

Livsytringen får sit indhold 'af situationen og relationen til det andet menneske' og skal derfor fuldbyrdes og ikke 'anvendes' (Graven & Olsen, 2018, s.106).

Citatet er en omskrivning af Løgstrups ord fra hans bog *Opgør med Kierkegaard* (1968), og understreger en særdeles vigtig pointe i forhold til det absolutte håb. For det første i kraft af at det er en livsytring, kan det ikke instrumentaliseres med henblik på at skabe en konkret metode for bedre livsvilkår for andre mennesker. Dette følger både fordi livsytringerne er dynamiske ved, at de træder i karakter på forskellige måder afhængig af den konkrete situation, og det medmenneskelige møde mellem to eller flere parter. De kan ligeledes ikke instrumentaliseres fordi de er udtryk for noget der er uden for individets magt, da håb, såvel som tillid, barmhjertighed og oprigtighed hviler på en kraft der udspringer af væren selv og således ikke er menneskeskabt. Løgstrup mener endvidere, at forsøg på en såkaldt instrumentalisering vil forvrænge handlingen og fjerne det spontane og således efterlade os med en handling der fremstår uautentisk (Graven &

Olsen, 2018, s. 107f). Dette følger antageligvis både hvis der f.eks. opfordres til altid at forsøge at indgyde håb hos den døende, men også hvis man forsøger at agere i overensstemmelse med hvad håbet, tilliden, barmhjertigheden og oprigtigheden fordrer os til at gøre i en given situation. Intuitivt kan det fremstå paradoksalt, at man på den måde ikke kan opfordres til at leve i overensstemmelse med de suveræne livsytringer, men dette følger således ved at de udspringer af livet.

Løgstrup udlægger to forskellige måder hvorpå man kan fortolke det suveræne håb. Den ene er at underkende det håb, der er givet af skaberen, og den anden udlægning er, at man kan vælge at tro på det kristne budskab (Løgstrup, 1976/1995, s. 248). Det er et evighedshåb, der rækker ud over det jordiske livs grænser og netop som tidligere nævnt kan transcendere individets egen død. Det kan her fremstå som om Løgstrup mener, at det suveræne håb udspringer af skaberen (den kristne gud). Løgstrup er dog eksplicit om, at det forholder sig omvendt og at det netop er gennem det suveræne håb, at man kommer i kontakt med fundamentet for den kristne tro og det kristne evighedshåb (Graven & Olsen, 2018, s. 108). Dette understøttes ved, at det er gennem erfaringer og oplevelser med livsytringerne, hvori det evige håb henter sin meningsfuldhed. Han udlægger dette på følgende måde: "Før [mennesket] kunne forstå kristendommens tale, måtte det bibringes de humane erfaringer" (Løgstrup, 1976/1995, s. 250).

Det er altså gennem oplevelsen af barmhjertighed, tillid og kærlighed, man som menneske kommer i kontakt med evighedshåbet. Hvis man ikke har oplevet disse livsytringer, vil det kristne budskab, ifølge Løgstrup, fremstå som meningsløst. På denne måde fastholder han, at de suveræne livsytringer ikke er et udtryk for et kristent etisk perspektiv, men er almenmenneskelige vilkår. Om hvorvidt det er kristent eller ej, er dog ikke inden for projektets fokus, men det vil som tidligere nævnt blive diskuteret, hvorvidt det er problematisk, at hans teori fremsættes som kulturneutral og et udtryk for almenmenneskelige vilkår i afsnit 6.2.1. Dette med henblik på at afdække, om Løgstrup (jf. Gadamer) ikke gør sig sin forforståelse bevidst og dermed lader sig styre af disse i højere grad end det måske er nødvendigt.

At håbet ifølge Løgstrup kan række ud over døden fremstår dog stadig særlig relevant i sygeplejerskens møde med den døende. For at ekspliciterer, hvordan dette faciliteres udlægger Løgstrup på følgende måde:

Vort håb rækker ud over vor egen død. Hvad der vil ske i en fremtid, som vi ikke kommer til at opleve, beskæftiger os alligevel [...]. Fremtiden bevæger os, som om vi kom til at opleve den. Vi har et slags evigheds-forhold til fremtiden, derfor er det bittert at vi skal dø. Og derfor kan vi ikke opfatte døden som andet end vor fjende. Og det er igen en forudsætning for, at vi kan fatte og bevæges af kristendommens tale om evigheden (Løgstrup, 1976/1995, s.250).

Ud over at håbet rækker ud over livet, sætter det således samtidig spor i det liv der leves ved, at man forholder sig til en fremtid, der er hinsides ens eget livs begrænsninger. Håbet for fremtiden er altså et grundvilkår der manifesterer at døden bliver vores fjende, og dette er således en forudsætning for at acceptere "kristendommens tale om evigheden", hvilket må tolkes som livet efter døden. Givet at Løgstrup fremlægger det som en forudsætning, frem for noget der følger med nødvendighed, er det trods alt ikke givet at kristendommens budskab udgør den eneste mulige konklusion på oplevelsen af håbet, der strækker ud over dødens horisont.

Løgstrup lægger også vægt på æstetikens indflydelse på det absolutte håb (Graven & Olsen, 2018 s. 109). Her spiller sansningen en vigtig rolle som han hævder formår at forbinde tid, rum og æstetik til håbet som værende en livsyttring. For at kunne forstå dette bedre er det nødvendigt at se nærmere på følelser. Han opdeler følelser i henholdsvis universelle og private følelser. Kærlighed, glæde, frygt og sorg bliver fremlagt som eksempler på universelle følelser, der holder individet i forbindelse med de menneskelige grundvilkår (Ibid., s. 110). Det er følelser, som ikke er bundet i individet, men noget som alle kan erfare i deres liv på forskellige måder.

Private følelser bliver omvendt til på baggrund af personlige og subjektive årsager og kan dermed ikke karakteriseres som noget grundlæggende fælles. De universelle følelser spiller en væsentlig rolle i forhold til sansningen, de er med til at stemme vores stemthed over for verden, som man kender fra Rosa's resonansbegreb. Ifølge Løgstrup indvirker dette på håbet, da de universelle følelser på denne måde er med til at give forbindelse til evighedsdimensionen som omtalt tidligere, og som evighedshåbet repræsenterer. Løgstrup mener med andre ord at æstetikken, blandt andet kunst, kan medvirke til at aktivere de universelle følelser og danne et rum til

sansningen, hvor en stemthed og genklang kan finde sted. Denne æstetiske stemthed eller nærhed, kan ifølge Løgstrup forstås som vedkommende og nærværende og sætte os i kontakt med universelle følelser, som værende en del af noget større, noget universelt og dette kan for nogle karakteriseres som håbsbærende. Denne del af Løgstrups tolkning harmonerer i høj grad Rosas resonansbegreb, hvor de samme sanselige fænomener, og oplevelser af at være i et gensidigt svarende forhold til verden, indgår som udgangspunkt for at opleve resonans og for det Løgstrup anser som håbsbærende.

Løgstrup taler om sansningens rum, der rummer de suveræne livsytringer og en værensåbenhed med plads til det absolutte håb (Graven & Olsen, 2018 s. 111). Dette rum, som skal forstås i overført betydning, har en positiv klang med mulighed for at sanserne kan udfolde sig og lade sig udtrykke på en måde, der afviger fra det artikulerede sprog. Løgstrup mener hermed at sansningen er stemt og opløftet af et nærvær fra universet og indeholder en del af evigheden. Betydningen af sansningens rum kan efter vores læsning i store aspekter sammenlignes med resonansrum. Løgstrup tager dog et skridt videre end Rosa, og hævder at sansningens rum kan være værensåbende og håb som livsytring kan opnås gennem netop sansningen. Begge mener dog, at sansningen bliver stemt af æstetiske indtryk fra bl.a. kunst, natur og ligeledes menneskelige relationer (Ibid., s. 111). Løgstrup mener, at disse indtryk er håbsbærende og kan gøre plads til livsytringerne samt de universelle følelser.

De forudgående afsnit har således beskæftiget sig med, hvordan man kan gentænke håbet og hvordan man kan støtte den døende til at opnå en form for håb, der ikke afhænger af deres helbredelse. Det kommende afsnit vil tage udgangspunkt i sygeplejersken og hvordan denne kan navigere i arbejdet med døende, og hvilke faldgruber, der kan være i den konstante balancegang mellem faglig distance, nærvær, indlevelse og omsorg. Dette med særligt fokus på at belyse faren for omsorgstræthed og med eksempler på, hvordan man kan forsøge at håndtere sygeplejerskens ansvar for at yde omsorg til den døende, men også til sig selv. Formålet er ikke at vurdere, hvilke redskaber sygeplejerskerne bør bruge for at opnå dette, men derimod at belyse de problemstillinger, som eventuelle redskaber vil skulle forsøge at overkomme. Dette fremstår særligt vigtigt i kontekster, hvor sådanne redskaber ikke fremstår som tilstrækkelige.

## 5.2 Omsorgstræthed i relation til eksistentiel og åndelig omsorg

Artiklen *'Træt af at yde omsorg: Et aktionsforskningsstudie om, hvordan man forebygger omsorgstræthed blandt medarbejdere på hospice gennem relationsarbejde'* (Viftrup et al., 2022), er skrevet på baggrund af et samarbejde mellem Dorte Toudal Viftrup, der er autoriseret psykolog og lektor ved Forskningsenheden for almen praksis. Niels Christian Hvidt der er professor ved samme forskningsenhed med en baggrund inden for teologien og forsker Hanne Bess Boelsbjerg, som er uddannet inden for religionsvidenskab og bl.a. forsker for Aarhus Universitet og Regionshospitalet Silkeborg. Artiklen formidler en undersøgelse af hvordan det at yde eksistentiel og åndelig omsorg, kan indvirke på den professionelle, ligeledes hvordan man kan forebygge omsorgstræthed hos de professionelle. Deres definition på åndelig omsorg bygger på følgende forståelse af åndeligheden som begreb:

Åndelighed er den dynamiske dimension i menneskelivet, der relaterer til den måde, personer (individ og samfund) oplever, udtrykker og/eller søger mening, formål og transcendens på, og den måde, de forbinder sig med øjeblikket, med selvet, til andre, til naturen, til det betydningsfulde og/eller det hellige på (Viftrup et al, 2022, s. 192).

Det er således en forståelse af åndelighed der både kan relateres til Rosa's begreb om resonans i forhold til søgen efter mening, og hvordan det sætter os i forbindelse med øjeblikket (nærvær) og til det betydningsfulde (resonans). Det fremstår ligeledes kompatibelt med forudgående udlægning af værenshåbet med støtte fra Løgstrups udlægning af de suveræne livsytringer, herunder det absolutte håb. Dette følger ved at åndeligheden og dermed den åndelige omsorg omfatter en del af menneskelivet, der forbinder os til andre, samt deres fokus på transcendens (noget, der overskrider det enkelte menneske og deres liv). Arbejdet med værenshåbet eller det absolutte håb fremstår ud fra denne definition som noget, der kan være omfattet af åndelig og eksistentiel omsorg. Intentionen med at inddrage artiklen er at belyse, hvilke konsekvenser det kan have for sygeplejersker at agere i et felt og i et møde med døende mennesker, som har forventninger og 'håb' om opfyldelse af behov fra sygeplejersken. Dette omfatter ikke kun opfyldelse af fysiske og psykiske behov, men har altså også et åndeligt/eksistentielt niveau. Formålet er at afdække, hvordan disse forventninger kan påvirke sygeplejersken og hvilke udfordringer der kan være ved at

yde eksistentiel og åndelig omsorg. Formålet er således ikke at vurdere validiteten af deres løsningsforslag til hvordan man kan forebygge omsorgstræthed.

De professionelle som deltager i de undersøgelser, der ligger til grund for artiklen, karakteriseres som sundhedsprofessionelle. Disse vil fremadrettet blive refereret til som sygeplejersker, ud fra vores fokus i projektet, men ligeledes ud fra en viden om, at plejen og omsorgen på hospicer i Danmark hovedsageligt udføres af sygeplejersker.

Viftrup et al. påpeger, at mange sygeplejersker ikke er fortrolige med at udøve eksistentiel og åndelig omsorg på de hospicer hvor studierne har fundet sted (Viftrup et al., 2022, s. 192). Dette gør sig gældende til trods for, at sygeplejerskerne arbejder i det palliative felt, der tager udgangspunkt i et helhedsorienteret perspektiv, med øje for fysiske, psykiske, sociale og åndelige/eksistentielle behov hos den døende. Der foreligger således en diskrepans mellem det der kræves af arbejdet i det palliative felt, og de faglige kompetencer, de er udstyret med til at facilitere eksistentiel og åndelig omsorg. Viftrup et al. fremhæver ligeledes at denne manglende fortrolighed kan udspringe af manglende undervisning i denne form for omsorg, og sygeplejersken er således ikke stærkt situeret til at støtte den døende i behov af åndelig og/eller eksistentiel karakter. Dette kan være problematisk, da forskning indikerer, at døendes eksistentielle og åndelige behov, tanker og spørgsmål forøges i den sidste del af livet både hos ateister og troende (Ugeskrift for læger). Det fremgår endvidere af artiklen af Viftrup et al., at sygeplejersker kan opleve afmagt i mødet med den døende (Viftrup et al., 2022, s. 193). Denne afmagt kan bl.a. skyldes følelsen af ikke at kunne lindre den døendes lidelse tilstrækkeligt, hvilket anses som en kerneopgave for sygeplejersker og dette fokus er særligt understreget indenfor det palliative felt. Hvis denne afmagt og/eller utilstrækkelighed ikke afhjælpes, kan denne føre til omsorgstræthed. Dette defineres af Viftrup et al. som:

[...] apati eller ligegyldighed over for andres lidelser, hvilket skyldes en overeksponering i forbindelse med rollen som hjælper (Viftrup et al., 2022, s. 193).

Omsorgstræthed er således noget der kan situere sygeplejersken markant dårligere i forhold til, at støtte og imødekomme den døendes behov, hvilket potentielt kan have en selvforstærkende effekt, da de derigennem bliver utilstrækkelige i højere grad. Omsorgstræthed er en betydelig risiko inden



for det palliative felt, hvor international forskning antyder at ca. halvdelen af de sundhedsprofessionelle der arbejder i dette felt, er i risiko for at opleve nedsat psykosocialt velvære på baggrund af omsorgstræthed (Kamau et al. 2014). De fremstår således endnu mere udsatte end det er tilfældet i den forskning som blev henvist til i indledningen, i forhold til lærere og ansatte i plejesektoren generelt (Nil et al., 2010 s. 72-77). I denne forskning var det som tidligere nævnt 30 %, der var i risiko for at udvikle omsorgstræthed.

Viftrup et al. undersøgte endvidere hvordan sygeplejerskers eksistentielle og åndelige velvære kan plejes og understøttes gennem kollegiale relationer og fællesskab. Dette med henblik på at forebygge omsorgstræthed og styrke evnen til at håndtere lidelse i relationen til de døende patienter (Viftrup et al., 2022, s. 193). Undersøgelsen konstaterede, at særligt tre tematikker havde indflydelse på, og gjorde sig gældende for den eksistentielle og åndelige omsorg. Disse tre tematikker er henholdsvis sårbarhed, eksistentiel selvrefleksion og til sidst en fælles kollegial refleksion. Det er emner, der fokuserer på den døende, sygeplejersken som individ og det faglige fællesskab. Alle tre temaer viser sig at have indflydelse på forebyggelsen af omsorgstræthed hos de professionelle på hver deres måde, og måden hvorpå dette faciliteres vil nu blive belyst nærmere.

### **5.2.1 Sygeplejerskens dobbelte sårbarhed**

Det første tema omhandler en dobbelt sårbarhed, som sygeplejersken kan befinde sig i, når der ydes eksistentiel omsorg for den døende. Den døende befinder sig i en sårbar situation, der omfatter en udlevering eller blottelse af sig selv grundet behovet for lindring og omsorg i forbindelse med at vedkommende er døende (Viftrup et al., 2022, s. 197). En anden sårbarhed gør sig gældende for sygeplejersken som individ i relationen til den døende, hvor sygeplejersken involverer sig på en måde, der kræver indlevelse og sensitivitet for at kunne forholde sig til den døendes eksistentielle og åndelige behov. Sygeplejersken er således blottet i mødet med den døendes sårbarhed og gensidigheden fodrer, at sygeplejersken ligeledes er sårbar i dette møde. En af udfordringerne der fremhæves ved denne form for behov bliver fremhævet i følgende udtalelse fra en af de sygeplejerskerne i projektet:

Når jeg giver smertestillende, kan jeg med det samme se, at det virker ... Patienten får det bedre med det samme ... Jeg føler mig mere usikker, når det kommer til dette [Åndelig-eksistentiel omsorg] (Viftrup et al., 2022, s. 197).

Citatet belyser hvordan det ikke kun er den døendes sårbarhed, men også sygeplejerskens egen sårbarhed, som de skal forholde sig til og som kan have en effekt på mødet. Der ligger netop en stor sårbarhed i denne usikkerhed og uvished, som er forbundet med en omsorg, hvor effekten af deres indsats ikke nødvendigvis viser sig direkte.

Dette kan belyses yderligere ud fra Martinsens teori, som hævder at der er krav til sygeplejersken om at tage vare på den døende ud fra en tilgang der er præget af svag paternalisme (Martinsen, 2007, s. 170). Martinsen hævder netop, at der er en fare for at omsorgen kan vippe over og blive til en sentimental omsorg, hvor sygeplejersken involverer sig for meget og er optaget af egne følelser (her følelsen af usikkerhed) i stedet for at være fokuseret på den døendes behov. Den usikkerhed eller uklarhed der viser sig i forhold til hvorvidt, og hvornår den omsorg sygeplejersken i citatet yder er tilstrækkelig og 'god nok', kan i hvert fald indikere en risiko for den sentimentale omsorg, som Martinsen refererer til. En af sygeplejerskerne udtaler sågar en bekymring for, om de kan skade patienten, hvis de stiller det forkerte spørgsmål eller tager deres hånd, og de ikke ønsker det (Viftrup et al., 2022, s. 197). Der er således hele tiden et skøn i forhold til om de gør for lidt, for meget, eller om de gør det forkerte. Den sårbarhed og usikkerhed, der følger af dette, må sygeplejerskerne forsøge at håndtere på bedste vis. Dette fremstår netop som et vilkår for deres arbejde og de kommer også selv frem til; "at der ikke findes et korrekt svar på, hvornår de møder patienten 'rigtigt'" (Viftrup et al., 2022, s. 198). Dette aspekt af usikkerhed, sammen med den høje grad af sensitivitet og indlevelse der kræves af personalet, er således med til at skabe en øget sårbarhed og kan føre til en følelse af, at de ikke er tilstrækkelige i mødet med den døende.

Martinsen hævder at udfordringen i omsorgen er at erkende det dilemma, det er at forholde sig svagt paternalistisk og balancere mellem paternalisme og sentimental omsorg (Martinsen, 2007, s. 170). Det er indeværende tolkning, at det netop er eksempler som dem der fremlægges af sygeplejerskerne i denne forskningsartikel, som Martinsen referer til i forhold til at finde balancen mellem ikke at være styret for meget af egne følelser, men samtidig være indlevende og lydhør for den døendes oplevelser og behov. Den svage paternalisme er nødvendig for, at sygeplejersken kan

tage hånd om og tage vare på den døende, ved engageret at vurdere forskellige handlinger med henblik på, hvad der vil være til størst gavn for den døende. Dette forudsætter en sensitivitet i mødet, således at den døende også bliver hørt og skønnet ikke udelukkende foretages ud fra en paternalistisk vinkel. Når sygeplejersken har foretaget dette skøn, må denne således udvise mod og stole på sit skøn, da der som tidligere nævnt ikke foreligger et endeligt svar på hvornår dette er gjort korrekt, da skønnet altid foretages i relation til det enkelte møde, som altid vil være unikt for netop den situation det udfolder sig i.

### **5.2.2 Den eksistentielle selvrefleksion**

Det andet tema omhandler sygeplejerskernes eksistentielle selvrefleksion. Sygeplejerskerne gav udtryk for at refleksioner over deres egne eksistentielle og åndelige behov, havde en positiv effekt på deres evne til at yde eksistentiel omsorg og på deres tilstedeværelse i mødet med den døende (Viftrup et al., 2022, s. 198). De gav ligeledes udtryk for, at den eksistentielle selvrefleksion var medvirkende til at fremme egenomsorg og dermed potentielt minimere forekomsten af omsorgstræthed. En af deltagerne i projektet udtalte følgende om emnet: "Du kan ikke tale om døden, hvis du ikke har forholdt dig til din egen død." (Ibid., s. 198). Denne udtalelse understreger, at de ligeledes kunne konstatere, at manglende selvrefleksion omkring eksistentielle og åndelige behov kunne komme i vejen for at være nærværende og yde den nødvendige omsorg. Gennem refleksionsøvelser blev det tydeligt for deltagerne hvor smertefuldt, sårbart og meningsfuldt det kunne være at arbejde med egne eksistentielle og åndelige behov, men også hvor stor en hjælp det kunne være at have en til at støtte sig i processen (ibid., s. 199). De kom således også i en indirekte forståelse af, hvor vigtig deres støtte potentielt kan være for de døende og de blev i højere grad bevidste om at yde eksistentiel omsorg, kunne være lige så hårdt som når der var patienter der krævede meget fysisk omsorgsarbejde.

### **5.2.3 Fælles kollegial eksistentiel og åndelig refleksion**

Det tredje tema omhandler hvordan oplevelsen af en fælles kollegial eksistentiel og åndelig refleksion var betydningsfuld for sygeplejerskerne som individer og bidrog til et øget fælles sprog og faglighed (Viftrup et al., 2022, s. 200). Disse refleksioner involverer både mødet med den døende og dennes eksistentielle og åndelige behov, men ligeledes hvordan det eksistentielle og

åndelige arbejde indvirker på sygeplejerskerne personligt, for på denne måde at kunne støtte hinanden som kollegaer. Viftrup et al. hævder at denne form for refleksion kan bidrage til at skabe andre perspektiver på eksistentiel og åndelig omsorg, som ellers primært af sygeplejerskerne i deres undersøgelse, var formet af et naturvidenskabeligt og løsningsorienteret paradigme (Ibid., s. 200). Med dette perspektiv kan det 'farlige' for sygeplejersken altså være *ikke* at have en fælles eksistentiel og åndelig refleksion med sine kollegaer. Dette fremstår som lettere tilgængeligt for hospicesygeplejerskerne i takt med, at de arbejder i nogle rammer, hvor der er et konstant fagligt fællesskab med monofaglige og tværfaglige kollegaer. Muligheden for at reflektere i et fagligt fællesskab må antages at være løbende tilgængelig. Anderledes må det antages at se ud for eksempelvis en gadesygeplejerskes mulighed for at reflektere løbende. Da gadesygeplejersken ofte arbejder mere alene uden løbende tæt kollegial kontakt. Hospicesygeplejerskerne har formentligt bedre rammer til at drøfte disse tanker og dilemmaer løbende eller i deres pauser, hvorimod gadesygeplejersken i højere grad står alene med disse refleksioner. Når gadesygeplejersken mødes med sine kollegaer, vil det oftest være til fastlagte tværfaglige møder hvor formålet bl.a. kan være, at løse og diskutere fælles faglige udfordringer. Der vil ikke nødvendigvis være tid og plads til gadesygeplejerskens eksistentielle refleksioner, hvorfor disse primært bliver et anliggende for sygeplejerskens egen refleksion. Der foreligger både for hospicesygeplejersken og gadesygeplejersken tilbud om supervision, men de er altså forskelligt situeret i forhold til den første og umiddelbare refleksion over en hændelse, som har gjort indtryk på dem.

### **5.3 Familiemetaforen som mestringsstrategi**

Der blev tidligere i projektet nævnt, hvordan familiemetaforen er begyndt at vise sig inden for ældreplejen ud fra forskningsartiklen "The Metaphor of 'family' in Staff Communication About Dying and Death". Forskningen tager udgangspunkt i arbejdet på to større nonprofit plejehjem i USA og artiklen fokuserer bl.a. på, hvordan de ansatte oplever og håndterer sorg. Den fokuserer således ikke kun på sygeplejersker, men plejepersonale, der arbejder med ældre borgere på plejehjem. Der antages dog at være tilstrækkeligt med overlap til at inddragelsen fremstår relevant. De kommende afsnit vil således først afdække udfordringer i forhold til sorg hos personalet. Dernæst en undersøgelse af hvordan sorgen kan sætte dem i nogle meget komplekse

valg og slutteligt en gennemgang af hvordan familiemetaforen bruges som en potentiel mestring i forhold til sorgen. Dette har ligeledes til hensigt at belyse problemets omfang og vurdere, hvordan dette kan situere de sygeplejersker, hvor familiemetaforen ikke er et tilstrækkeligt redskab.

### **5.3.1 Personalets sorg når borgere eller patienter afdør**

Beboerne på danske plejehjem lever gennemsnitligt i 2 år og 8 måneder, hvoraf knap en tredjedel bor i mindre end et år (Ældre Sagen). Der er altså tale om borgere der af forskellige årsager har brug for støtte og omsorg og som har en relativt kort forventet restlevetid når de flytter ind på plejehjemmet. I artiklen peges der bl.a. på at måden, de ansatte håndterer og oplever sorg ikke har været genstand for megen forskning (Moss et al., 2003, s. 290). Dette understøtter altså indeværende tese om vigtigheden af at få belyst flere aspekter af mødet mellem den professionelle og den døende. Nogle af de udfordringer der dog er blevet belyst fremgår af følgende citat:

Through ageism, older people are viewed as homogenous and as frail, isolated, rigid, and sexless. Ageist perspectives overlook older people's pasts, their current feelings, competence, significance to others, and their multiple roles in the world. As a result, their deaths as well as their lives are devalued, and their deaths are rationalized as timely and fair (Moss & Moss, 1989).

Denne form for diskrimination og homogenisering af ældre fremstår både problematisk i forhold til at anerkende den ældre persons individualitet og autonomi. Det er dog ikke denne vinkel som fremhæves i artiklen, men derimod, hvordan diskriminationen situerer de ansatte dårligere i forhold til at håndtere eventuel sorg i forbindelse med at borgeren dør. Det handler altså om at denne devaluering af den ældres liv, fører til en devaluering af deres død og den ansatte får således ikke samme mulighed for at blive set og anerkendt i sit tab, som hvis det var en ung borger der døde. Jf. denne samfundstendens 'bør' den professionelle ikke være i stor sorg fordi døden var forventet og den døende 'blot' er en ældre homogeniseret og derigennem anonymiseret entitet for samfundet generelt. Dette kan således stå i kontrast til den ansatte, som har haft muligheden for at opleve, mærke og anerkende individet forud for dødens indtræffen. Denne anonymisering af de ældre antager vi ligeledes gør sig gældende helt eller delvist i gadesygeplejerskens møde med

den døende, som er hjemløs, misbruger eller på anden måde socialt udsat, trods dette dog ikke er underbygget empirisk.

Argumentet bygger på, at hjemløse og misbrugere måske oftere bliver overset i samfundet. I værste fald antages de selv at være skyld i deres misbrug, hjemløshed og derigennem også deres død. Dette kan føre til en anonymisering af de socialt udsatte til en homogen størrelse af afvigere i samfundet. Hvis disse holdninger er fremtrædende i samfundet, vil dette potentielt situere gadesygeplejersken som møder dem, meget dårligt i forhold til at blive hørt i sin eventuelle sorg, når disse individer går bort. Hvis denne form for diskrimination af ældre og potentielt også socialt udsatte bliver internaliseret i de ansatte, kan der opstå en bebrejdelse af dem selv eller en manglende forståelse for egen sorg, hvilket kan resultere i en ophobning af 'uberettiget sorg'<sup>6</sup> (Doka, 1989, s. 4). Dette begreb er ifølge sorgforskeren Kenneth J. Doka, tæt forbundet til denne form for diskrimination af ældre og refererer til en sorg der opstår, når et tab ikke bliver eller kan blive anerkendt offentligt og ikke er socialt acceptabel. I hans bog *Disenfranchised grief* (1989), fremhæver Doka, hvordan det primære fokus for plejepersonalet er at holde de ældre mennesker levende og i gang, og at dette desværre kan komme på bekostning af, at der ikke bliver talt nok om døden. Håbets rolle fremstår således ikke helt uproblematisk, hvilket ligeledes blev belyst i afsnit 5.1. Følgende afsnit tager udgangspunkt i de valg og den balancegang der ligger i at arbejde som plejepersonale med døende mennesker og har til formål at belyse, hvordan personalet sættes over for meget svære valg i deres virke.

### 5.3.2 Mødets måske umulige eller urimelige krav til den professionelle

I artiklen om familiemetaforen fremhæves det gennem andre forskningsartikler, at de ansatte generelt opfordres til ikke at indgå i tætte emotionelle relationer med de ældre, og at de ældre ikke føler at de kan "engage in socially desirable reciprocal exchange with staff" (Moss et al., 2003, s. 290). I Danmark viser artiklen "*Uden relationer kommer vi ingen vegne - relationsarbejde som grundvilkår og faglighed i ældreplejen*" (2023) vigtigheden af relationsarbejde både for ansatte og for de ældre selv (Grøn et al., 2023). Der er således en bevidsthed om vigtigheden af gode relationer til borgerne. Der bliver dog ikke opfordret til tætte emotionelle relationer, men nærmere

---

<sup>6</sup> Oversat fra Kenneth J. Doka's brug af ordet "disenfranchised grief"

til at den professionelle deler små elementer fra sit liv "så du ikke er en robot", som en af de interviewede social- og sundhedshjælpere formulerer det (Ibid., s.21). Der er således ikke belæg for, at der i den danske ældrepleje lægges op til tætte emotionelle relationer med stor gensidighed. Ud fra forskningen i artiklen om familiemetaforen og artiklen fra Danmark, er indeværende tolkning således at den nuværende tilgang potentielt kan føre til fremmedgørelse mellem den professionelle og den døende på plejehjem. På baggrund af dette kan begge parter miste muligheden for at opleve meningsfulde resonansoplevelser i mødet, og dette modvirker ligeledes at den professionelle lader borgeren sige dem noget.

Dette tolkes i indeværende projekt på en måde, hvor det efterlader den professionelle med to (u)mulige valg. Det ene valg indebærer, at den professionelle indgår i en meningsfuld relation med den døende, og dermed giver mulighed for at den døende kan sige dem noget. Den døende kan derigennem blive set og hørt som individ. I denne situation risikerer den professionelle dog at opleve førnævnte 'uberettigede sorg', såfremt man godtager præmissen om en manglende forståelse af sorg, når ældre mennesker eller socialt udsatte dør. Hvis dette er tilfældet, er det således den professionelle, der ikke får mulighed for at blive set og hørt i sin sorg, og dermed må fremmedgøres fra egne følelser eller fra omverdenen, der ikke imødekommer deres levede erfaringer.

Alternativet er således den professionelle distance, hvor den professionelle ikke indgår i en tæt relation og dermed ikke lader den døende manifestere sig som individ og med den gensidighed der kendetegner resonans i mødet mellem to parter. Dette beskytter potentielt den professionelle, når døden indtræffer for den døende, men kommer således på bekostning af den døendes sidste tid. Dette valg fremstår ligeledes som et brud på de sygeplejeetiske retningslinjer om at bidrage til en værdig død, og at denne værdighed netop ligger i den døendes forståelse af, hvad der er en værdig afslutning på livet. Gensidigheden i mødet antages som nødvendig for at den døendes perspektiv på værdighed bliver hørt og dermed realiseret. Gensidigheden fremhæves også, som tidligere nævnt hos Rosa, som en nødvendig betingelse for resonans og dermed også resiliens for den professionelle. Valget om at holde sig tilbage for at beskytte sig selv som professionel i mødet med den døende, fremstår derfor meget paradoksalt. Da dette blot medfører fremmedgørelse over for

den døende frem for i mødet med et samfund der ikke anerkender sorgens omfang for den professionelle.

Der tages forbehold for at denne argumentation potentielt opstiller en falsk dikotomi, ved at fremsætte relationer mellem mennesker i form af gensidighed som et "enten eller" frem for noget der kan eksistere i forskellige grader og niveauer. Formålet er således ikke at udelukke en form for professionel distance, hvor den døende føler sig hørt uden at den professionelle oplever en sorg, der er ude af proportioner i forhold til hvad samfundet vil anerkende. Det er derimod med henblik på at belyse, hvor problematisk en position sygeplejersker befinder sig i, i mødet med den døende netop fordi enhver balancegang mellem professionel distance og gensidighed således må foretages af den enkelte sygeplejerske i ethvert møde med et døende menneske. Hvis sygeplejersken efterlever den etiske fordring om at tage vare på den døendes liv og død, samt hvis der leves op til kravet om at støtte den døende til at opnå en værdig død, vil det antageligvis føre til at sygeplejersken selv bliver gjort til middel for den døende og som resultat må finde en måde at håndtere sin 'uberettigede sorg'. Det følgende afsnit tager udgangspunkt i familiemetaforen som redskab til at realisere en passende professionel distance der således stadig tillader en meningsfuld relation. Dette har bl.a. til formål at belyse, hvor udfordrende situationen er for de professionelle, når familiemetaforen ikke kan appliceres på en meningsfuld måde.

### **5.3.3 Familiemetaforen som redskab og forskelle mellem plejehjem og gadesygeplejerskens virke**

Familiemetaforen blev meget fremtrædende i Moss, Moss, Rubinstein og Black's undersøgelse. Metaforen viser sig i hvordan de ansatte på plejehjemmene refererer til deres relationer til borgerne som 'familie-agtige'<sup>7</sup> (Moss et al., 2003, s. 292). En af de interviewede ansatte beskriver relationen på følgende måde:

I have 50 grandmothers and grandfathers [here]. The way I see it, I wouldn't do anything to this person that I wouldn't want somebody to do to my parents or my grandparents. I think if you keep it personal like that it's a lot easier to realize that everybody laying in a bed is a human being (Moss et al. , 2003, s. 293).

---

<sup>7</sup> Oversat fra artiklens brug af ordet "family-like"



I citatet bliver familiemetaforen inddraget som et redskab til at hjælpe den professionelle med at se den døende som et menneske. At se den døende som et menneske kan fremstå som noget der burde kunne tages for givet, men som der er belyst tidligere i projektet, bliver der stillet krav til de professionelle der kan modvirke, at den døende som menneske er i fokus. Dette viser sig bl.a. i diverse krav om effektivisering med fokus på konkrete arbejdsopgaver der skal opfyldes frem for et fokus på mennesker, der skal mødes og høres. Dette understøttes af Rosa i forhold til fremmedgørelsen i accelerationssamfundet (se afsnit 3.1.1).

Citatet fremstår ligeledes som en måde at bruge fantasien til at sætte sig i den andens sted, som Løgstrup og Martinsen fremhæver som værende essentielt i forhold til at leve op til den gyldne regel (Martinsen, 2012, s. 55). I dette tilfælde handler det dog ikke om at forstå, hvordan det er at være den døende, men tager derimod afsæt i at se den døende, som var de et nært familiemedlem. Dette kan fremstå som lettere at realisere end, hvis det kræves af den professionelle at de skal forstå, hvordan det er at være den døende selv. Metaforen har ifølge de ansatte til formål at hjælpe med at menneskeliggøre den døende og kan derigennem anses som en åbenhed for resonans og et forsøg på at undgå fremmedgørelsen i mødet. Dette sker på en måde der ikke kræver, at man som professionel er i stand til at transcendere potentielt markante sociale, kulturelle og religiøse forskelle i mødet med den døende. Dette krav kan derimod fremstå som implicit, hvis der arbejdes mod at kunne sætte sig i den andens sted.

Nogle ville formentligt problematisere nødvendigheden i at se den døende som et familiemedlem for at kunne menneskeliggøre vedkommende. En mulig tolkning af dette kan være at man gennem fremmedgørelsen i accelerationssamfundet stadig ser familien som den sidste resonansøase og dermed søger mod familiemetaforen for at realisere et gensidigt og medmenneskeligt møde. Der kan dog forekomme en relevant forskel mellem arbejdet på plejehjem og som gadesygeplejerske. På plejehjem har sygeplejerskerne daglig kontakt med borgerne og overtager på den måde familiens rolle som primær omsorgskilde for borgeren. Dette kan potentielt skabe bedre rammer for gensidighed og resonans af en art, der typisk er forbeholdt familien. For gadesygeplejersken bliver dette resonansrum ikke givet på samme måde, da kontakten ikke nødvendigvis er daglig. Det kan altså tages for givet i højere grad på plejehjem, at borgeren kan række ud hvis der er behov for mere omsorg, hvorimod hos gadesygeplejersken vil dette være op til skønnet og der kan i højere

grad forekomme situationer, hvor der er behov for mere omsorg end rammerne tillader. Dette kan især gøre sig gældende i de tilfælde, hvor den socialt udsatte dør pludseligt og der således ikke er mulighed for at sætte yderligere støtte ind i de sidste timer, hvor vedkommende risikerer at være alene med sin eventuelle angst og smerte. Gadesygeplejersken har derfor ikke de samme muligheder for at medvirke til en god død, hvorfor der stilles store krav til dennes evne til at finde ro og accept af sine begrænsninger, når det ikke er muligt at assistere de udsatte borgere til at opnå en god død der potentielt må lide en dårlig død alene. Personalet på plejehjem har grundet den daglige kontakt altså bedre kår for at sikre en god sidste tid, men derigennem også bedre mulighed for 'closure'<sup>8</sup> ved at kunne vide, hvordan borgerens sidste timer forløb sig, enten ved selv at være der eller gennem kollegaers beretning. Denne form for 'closure' er ikke til rådighed i samme omfang for gadesygeplejersken, der risikerer at pludselige dødsfald blot bliver overleveret ved at vedkommende ikke dukker op mere.

Den daglige kontakt mellem personale på plejehjem gør det ligeledes muligt i højere grad for sygeplejerskerne, at se borgerne udfolde sig i deres daglige aktiviteter og derigennem se dem manifestere sig som individer. Dette giver derigennem flere muligheder for at facilitere resonansrum og dermed skabe resonante oplevelser og relationer mellem sygeplejersker og borgere. Gadesygeplejersken ser oftere de udsatte borgere, når der er noget konkret som skal løses, som hvis der skal foretages sårpleje, udleveres rene injektionsnåle eller lignende. På plejehjem har man mulighed for at indrette æstetiske rammer, arrangere oplevelser med musik eller kreative aktiviteter. Gadesygeplejersken har ikke samme mulighed for at forme de fysiske rammer, da møderne kan foregå hos den socialt udsatte, på herberg, eller på gaden, hvor borgeren opholder sig. Dette kan dog være steder, jf. afsnittet om resonansrum, hvor den socialt udsatte døende finder ro i sine vanlige rammer og dermed giver mulighed for resonans. Forskellen ligger i højere grad i at gadesygeplejersken ikke nødvendigvis har en stabil eller daglig kontakt til den døende, hvilket kan være tilfældet på plejehjem. Det gælder dog også at gadesygeplejersken i nogle tilfælde kommer til at agere som en "stedfortrædende pårørende" (Graven, 2021, s. 51f). Dette kan forekomme, hvis den døende har et meget spinkelt netværk og der således ikke er andre

---

<sup>8</sup> Ordet 'closure' benyttes da der ikke foreligger et dansk ord der i tilstrækkelig grad omfatter en ro og ud fra vished ift. at der var nogen til at støtte den døende og yde omsorg og lindring i de sidste timer og dermed kunne hjælpe til en værdig død.

til at påtage sig denne rolle i forhold til, at tage med på hospitalet, våge ved sygelejet og tage med til bisættelse og skrive en mindetale. I denne situation agerer gadesygeplejersken således som familiemedlem, for på trods af en relativt sparsom kontakt med den socialt udsatte døende, kan gadesygeplejersken stadig udgøre den mest stabile og tætte kontakt de har. Der forekommer yderligere at være den forskel, at når døden indtræffer på plejehjemmene, kan dette i højere grad accepteres som en 'naturlig død'. En naturlig død skal i denne kontekst forstås som en død, der ikke kunne afværges gennem anden levevis eller med behandling. Dette kan opleves anderledes end når borgeren dør pga. levevis og dermed (teoretisk set) kunne blive afværget, hvis misbrug eller levevis var afhjulpet<sup>9</sup>. Dette fremstår dog som udtryk for et normativt perspektiv der ikke antages at være styrende hos sygeplejersker der arbejder med socialt udsatte, men det kan i værste tilfælde tjene som en kilde til enten selvbebrejdelse i forhold til egen utilstrækkelighed eller en bebrejdelse af samfundet der ikke fordrer rammer, der varetager den socialt udsattes behov tilstrækkeligt.

En af de ansatte på et af plejehjemmene fortæller, at hun ofte krammede borgerne på plejehjemmet, som hun også ville gøre med sin familie, men at der efter noget tid kom en regel om, at de ikke måtte røre borgerne (Moss et al. , 2003, s. 293f). Dette resulterede i at mange af borgerne var kede af det og det endte med, at hun valgte at bryde reglen og være ligeglad med, om hun som konsekvens heraf blev fyret. Reglerne krævede altså en fremmedgørelse af borgerne, som hun valgte at underkende i mødet med dem, hvor mødet fordrer, at hun var nærværende på en anden måde end hendes professionelle rammer tillod. Dette giver et klart eksempel på, hvordan regler og strukturer kan være i splid med ønsket om resonans og om at blive set og hørt (jf. Rosa) samt den etiske fordring i mødet (Jf. Løgstrup). Det viser ligeledes, hvordan den professionelle kan ende i en splittelse med modsatrettede krav, og hvor det således bliver op til den enkeltes skøn, hvordan de skal håndtere splittelsen mellem at risikere at få en påtale eller at blive fyret og måske miste det økonomiske grundlag for eget liv over for risikoen for at overhøre borgerens (og måske også den professionelles) behov for gensidighed og resonans i den sidste tid. Denne splittelse er ligeledes repræsenteret i de sygeplejeetiske retningslinjer, hvor der opfordres til

---

<sup>9</sup> Tal fra Statens institut for folkesundhed peger på at dødeligheden hos socialt udsatte som er forårsaget af stofmisbrug er henholdsvis 78 gange større hos mænd og 116 gange større hos kvinder (Statens institut for folkesundhed).

at;“ udfordre love og instrukser, hvis de strider mod professionens etiske værdier” (Sygeplejeetisk råd, s. 10 punkt 4.4). Splittelsen fremstår således som et anerkendt grundvilkår for sygeplejerskers virke, men det er uklart, hvorvidt kravet kan siges at være rimeligt.

Familiemetaforen og den familiære relation på plejehjemmet fremstår som et værn mod fremmedgørelsen og et redskab til at fordre en balance mellem den professionelle distance og en relation, hvor man påvirkes i en grad, hvor det professionelle måske helt forsvinder. Denne risiko anerkendes ligeledes i studiet, da de ansatte på plejehjemmene kan siges at have overtaget familiens rolle som primær omsorg, hvilket kan føre til at de rammes hårdere, når borgeren dør. Studiet peger endvidere på at forskning i feltet tidligere har indikeret, at omsorgspersonale kan komme til at identificere sig for kraftigt med den døende og at dette kan komme i vejen for at de kan udføre deres job ordentligt (Ibid., s. 295). Denne problematik blev ligeledes fremhævet hos Martinsen (2007) under begrebet ‘sentimental omsorg’ og som overomsorg som følge af grænseløshed hos Løgstrup (1956). I artiklen spiller familiemetaforen en essentiel rolle ift. at fastholde balancen ved at trække en grænse mellem borger og ansatte. Dette kommer til udtryk ved at de ansatte fastholder at familieagtig ikke er det samme som familie (Moss et al. , 2003, s. 295).

Metaforen kan ligeledes tjene som redskab til at afhjælpe den førnævnte uberettigede sorg gennem anerkendelsen af en familieagtig relation. Dette fordrer muligvis bedre kår for den professionelles egen forståelse for egen oplevelse af sorgen, når en af borgerne dør. Metaforen kan ligeledes tjene til at fortælle andre om, hvordan sorgen påvirker den professionelle og potentielt føre til, at de selv kan blive hørt i højere grad. For kort at opsummere tjener familiemetaforen således til at legitimere følelsen af sorg og tab hos de ansatte. Det kan altså tolkes som et modsvar til en samfundsmæssig tendens til ikke i tilstrækkelig grad at anerkende, hvordan dødsfald kan påvirke de professionelle selvom der er tale om ældre mennesker. I indeværende projekt tjener selve studiet også til at fremhæve nogle problemer der ligeledes kan tænkes at være til stede hos eksempelvis gadesygeplejersken der også arbejder med døende mennesker, men hvor familiemetaforen ikke i samme grad fremstår brugbar.

## 5.4 Delkonklusion

For kort at opsummere de foregående afsnit kan det fremhæves, at håb anses som en af de vigtigste faktorer for livskvalitet hos døende. Det er ligeledes vigtigt, at der ikke arbejdes ud fra en statisk forståelse af håbet, men ud fra en sensitivitet for at håbet kan skifte karakter, og at den døende kan have behov for sygeplejerskens støtte til at facilitere et skift fra håbet om helbredelse til et håb om en meningsfuld sidste tid. Hvis sygeplejersken ikke er tilstrækkeligt sensitiv over for håbets omskiftelige karakter hos den døende, kan det modvirke dennes resonanssensibilitet og dermed modvirke muligheden for meningsfulde relationer og oplevelser i den sidste tid. Dette understreger endvidere behovet for en uddybning af, hvordan man kan forstå håb som noget, der adskiller sig fra det konkrete håb om helbredelse.

Værenshåbet, eller det absolutte håb, fremhæves som et alternativ til det konkrete håb og er ikke forankret i individet, men afhænger af et medmenneskeligt møde med andre mennesker. Det antages at kunne modvirke fortvivelse, fordi det ikke afhænger af opfyldelsen af en konkret hændelse (som helbredelse). Hos terminale patienter fremstår det konkrete håb om helbredelse særlig problematisk, da det ikke kan opfyldes og dermed kan karakteriseres som et falsk håb. Dette falske håb kan således komme i vejen for, at den døende opnår accept af sin terminale tilstand og dermed fratages autonomi ved ikke at kunne agere ud fra den livssituation, som den pågældende reelt befinder sig i. Hvis der forekommer tilstrækkeligt med sensitivitet for den døendes håb, vil håbet ifølge Graven og Olsen (2018) gradvist bevæge sig mod værenshåbet, og til sidst transcendere den døendes egen livshorisont.

For Løgstrup er det absolutte håb karakteriseret som en suveræn livsytring og er derfor ikke et statisk fænomen. Det er derimod noget, der manifesterer sig på forskellige måder i mødet og i relationen til verden og andre mennesker. Løgstrup kobler ligeledes håbet sammen med sanselige oplevelser med kunst, musik og æstetiske omgivelser som noget der kan sætte os i kontakt med noget der er større end os selv, og anses derfor som håbsbærende. Måden og rammerne for mødet mellem sygeplejersken og den døende fremstår således særdeles vigtige for at facilitere en kontakt med det absolutte håb, og harmonerer ligeledes med Rosa's (2021) udlægning af hvordan resonans faciliteres ved at skabe resonansrum.

At arbejde med at facilitere et skift fra et håb om helbredelse til et absolut håb, fremstår som et udtryk for eksistentiel og åndelig omsorg. Artiklen af Viftrup et al. (2022) fremhæver, at ansatte på hospice ikke er tilstrækkeligt fortrolige med at yde denne form for omsorg samt at dette kan føre til afmagt, utilstrækkelighed og i værste fald omsorgstræthed. Der fremhæves tre hovedtemaer med relevans for at forebygge omsorgstræthed.

For det første er der den dobbelte sårbarhed, der handler om en anerkendelse af usikkerheden, som et grundvilkår for at arbejde med døende og i dette understreges vigtigheden af en balance mellem paternalisme og sentimental omsorg, og dermed fokus på at bibeholde denne balance.

For det andet tolkes mødet med den døende som en konfrontation med den professionelles egen dødelighed, og det fremstår derfor vigtigt med selvrefleksion over egne eksistentielle og åndelige behov, for at fremme egenomsorg og dermed modvirke udbrændthed.

For det tredje lægges der op til fælles kollegial refleksion for at opnå forståelse for andre perspektiver på eksistentiel og åndelig omsorg. Dette kan umiddelbart situere gadesygeplejersken dårligere end sygeplejersker på hospice, da gadesygeplejersken ikke har sin daglige gang med fagfælder, og således ikke nødvendigvis har samme mulighed for løbende refleksion omkring tanker af eksistentiel og åndelig karakter.

Familiemetaforen inddrages som eksempel på en mestringsstrategi, til at håndtere nogle af de udfordringer der opstår i arbejdet med døende mennesker. Der belyses bl.a. hvordan homogenisering og anonymisering af ældre kan føre til, at ansatte ikke føler sig anerkendt og berettigede til deres sorg, og dette antages at gøre sig gældende i en grad for dem der arbejder med hjemløse, misbrugere og andre socialt udsatte. Dette omfatter således også gadesygeplejerskernes virke. Der opstilles endvidere en tese om, at den professionelle stilles i et valg mellem på den ene side, at lade den døende blive set og hørt, hvilket medfører en sårbarhed hos de professionelle, når der forekommer dødsfald pga. eventuel uberettiget sorg. Det andet alternativ er en professionel distance, der ikke tillader en tæt relation til den døende og således kan komme på bekostning af både den døende og den professionelles egen mulighed for resonans. Formålet er ikke at udelukke muligheden for en sund balancegang, men at fremhæve hvor meget ansvar der ligger på den professionelles skøn i mødet med den døende.

Det sidste afsnit fremhæver nogle markante forskelle mellem plejehjemspersonalet og de rammer der gør sig gældende for gadesygeplejersken. I denne sammenligning bliver det tydeligt, at de på plejehjem har mere gunstige kår for at skabe en familiær relation, skabe æstetiske og sanseligt stemte rammer for resonansrum og ligeledes bedre mulighed for at vide om der var tale om en værdig død. Metaforen kan potentielt modvirke oplevelsen af uberettiget sorg ved at legitimere sorgen hos de ansatte, og kan muligvis styrke balancen mellem paternalisme og sentimental omsorg. Den fremstår dog ikke som brugbar for gadesygeplejerskens virke, og belyser således indirekte nogle af de udfordringer der kan ligge i gadesygeplejerskens arbejdsvilkår, og muligheder for at støtte de socialt udsatte døende.

## 6. Diskussion

### 6.1 Løgstrup og faren for overomsorg og paternalisme

Når Løgstrup siger følgende: "Udfordringen går ud fra, at jeg bedre end den anden selv ved, hvad der er til bedste for ham" (Løgstrup, 1956, s.31), kan det fremstå som en opfordring, der potentielt fører til umyndiggørelse og paternalisme over for den anden part. Dette fremstår dog ikke som tilfældet, når hans teori nærlæses. Teorien tolkes derimod som et forsøg på at underbygge, at man netop ikke har med den anden at gøre, hvis man kun lytter til det den anden siger og ikke inddrager eller agerer ud fra, hvad man selv føler sig fordret til at gøre. Dette omfatter således også at man 'nøjes' med at lytte, hvis det er hvad man i situationen fordres til. Det kunne dog have været formuleret mindre polemisk, da pointen fremstår som værende, at man nogle gange må gå imod dét den anden ønsker af os, for deres eget bedste, og hvis man ikke antager at have noget at bidrage med, er der ingen gensidighed og derigennem har man ikke med den anden at gøre. Som svar til kritikken om hvorvidt den etiske fordring tilskynder til overgreb, svarer han selv på følgende måde:

at skuffe et menneskes lyst til at blive smigret og leflet for vil næppe nogen – uden den skuffede selv – anse for ensbetydende med et forsøg på at påtvinge en anden en fremmed livsforståelse (Løgstrup, 1956, s. 34).

Hans pointe er altså, at det ikke med nødvendighed fører til overgreb. Han problematiserer endvidere møder, hvor man ikke tør gå imod den andens ønsker (Ibid., s. 34f). Der forekommer i hans øjne ikke et genuint møde hvis man i forsøget på at respektere den andens levede erfaringer og livsanskuelser, kommer til den konklusion, at disse slet ikke må anfægtes eller udfordres. Løgstrup nuancerer det yderligere gennem dette citat:

At tage et andet menneskes vilje i sin hånd er der intet, der giver én ret til – heller ikke om også derved den største ulykke for det andet menneske afværgedes (Løgstrup, 1956, s. 38).

Det betyder således at selvom man har mulighed for at præsentere en livsanskuelse der divergerer fra den andens, kan man ikke tillade sig at tvinge den anden til at efterkomme denne uanset konsekvenserne for den man ønsker at hjælpe. Det er netop en vigtig pointe, at man ikke må overse at den anden er herre i sin egen verden. Denne balancegang mellem at vide bedre, men samtidig respektere den andens autonomi, bliver uddybet senere i hans forfatterskab gennem begrebet 'urørlighedszonen'. Denne udfoldes primært i et af hans posthumt udgivne værker *System og Symbol* (1983) og vil blive præsenteret ud fra Martinsens (2007) udlægning af denne, som antages at være en loyal gengivelse og samtidig noget der sætter teorien i tættere kontakt til sygeplejefaget.

### 6.1.1 Løgstrups urørlighedszone af Kari Martinsen

I Bogen *Samtalen, Skønnen og Evidensen* (2007) fremlægger Martinsen bl.a. Løgstrups teori i forhold til urørlighedszonen og samtalen i omsorgsfagene. Der peges på, hvordan urørlighedszonen har en relevans i at finde balancen mellem den objektiverende distance og den anmassende nærgåenhed (Martinsen, 2007, s. 35). Løgstrup formulerer følgende omkring urørlighedszonen:

et elementært fænomen i vor tilværelse er, at enhver af os gør krav på en urørlighedszone. [...] Urørlighedszonen har den funktion at holde os til sagen (Løgstrup, 1983, s. 163).

Urørlighedszonen er noget som alt levende har og er præcis som ordet indikerer, noget man ikke bør røre ved. Det handler om, at man skal fokusere på den andens årsager til det de siger, gør og ønsker frem for at forsøge at afdække et eventuelt bagvedliggende motiv (Martinsen, 2007, s.



36ff). Der ligger i urørlighedszonen som fænomen en opfordring til at lade den anden part definere og forklare, hvad de mener og hvorfor de mener det. Dette som kontrast til en søgen efter et bagvedliggende motiv til at underminere den andens forståelse og dermed underkende deres levede erfaringer og sætte sig over den anden part. Den fremstår altså essentiel i forhold til at gå imod en eventuel kritik om, at Løgstrup skulle opfordre til overgreb og paternalisme gennem fastholdelse af, at man ved bedre end den anden om noget der omhandler deres behov. Dét at man ved bedre betyder netop ikke at individet og i vores kontekst, den døende, skal have sin autonomi underkendt. Argumentet Løgstrup fremfører for at man ikke skal forsøge at afdække den andens bagvedliggende motiv for sit livssyn, holdning eller handling er, at det "at gå efter den andens motiver er at gå efter personen og ikke det, der tales om, og det får karakter af et overfald, og den anden vil sætte sig til modværge" (Løgstrup, 1983, s. 163). Den andens bagvedliggende motiver er altså en del af urørlighedszonen og ikke noget man bør forsøge at konfrontere den anden med i mødet.

Der gives ganske få anvisninger til, hvordan man aktivt kan bruge forståelsen af urørlighedszonen i praksis. I relation til mødet mellem sygeplejerske og den døende kan det ses som en opfordring til, at selvom man, skal antage at vide bedre om hvad den døende har behov for, er det vigtigt at have for øje, at det ikke betyder at en livsanskuelse skal presses ned over den døende. Hvis den døende frygter døden, fremstår det ikke hensigtsmæssigt at fastholde at den døende burde se døden som en mulighed for at blive genforenet med sine afdøde venner og familie med henblik på at dette, hvis godtaget kunne stilne angsten for døden. Det er således altid med respekt for den døendes livsanskuelse og med afsæt i det indblik de kan give i deres lidelser, at skønnen og fordringen tager sin form. Som en mere praktisk anvisning peger Martinsen på, at urørlighedszonen kan bibeholdes hos begge parter, hvis man taler ud fra noget som begge parter er fælles om (Martinsen, 2007, s. 38ff).

At møde medmennesket i en samtale, hvor begge parter lader sig engagere i det spørgsmål, som tages op, er måske en af de vigtigste måder, den gensidige tillid kan komme til udtryk på. [...] man behøver hverken at angribe eller forsvare sig. Man har tillid til hinanden og tror den anden på hans ord (Martinsen, 2007, s. 38).

Det er således en måde hvor der ikke er fokus på et facit, eller på om nogen har ret. Det handler om sagen selv og et genuint ønske om at opnå ny forståelse af et givent spørgsmål ved at forstå

både den andens men også ens eget perspektiv ift. spørgsmålet. Dette kunne være spørgsmålet om, hvad der mon sker, når man dør. Man indgår således på lige fod omkring en undring over et fænomen, som antages at være fælles for begge parter. Dette fokus på sagen selv og på en fælles udforskning af et fænomen, peger på nogle ligheder med Gadamer's dialogbegreb. Dette vil nu kort blive redegjort for, med henblik på at belyse, hvilke forskelle og ligheder der er mellem Gadamer's tænkning og den forståelse der er af mødet hos Løgstrup og Martinsen. Dette har til hensigt at blotlægge grundantagelser, der potentielt bliver stiltiende taget for givet hos både Løgstrup, Martinsen og Gadamer. Disse antages at træde tydeligere frem, når teorierne konfronteres med noget der divergerer fra deres eget perspektiv og er således loyalt over for Gadamer's fokus på at gøre vores forforståelse tydelig og dermed sikre at man styres af denne i mindre grad (Gadamer, 2007, s. 342). Dette fremstår relevant grundet vores antagelse om en markant indflydelse fra Martinsen og dermed også Løgstrup på det faglige fundament for sygeplejerskers redskaber til at håndtere mødet med den døende. Den forforståelse der eventuelt tages for givet i disse teorier er derfor relevant, at synliggøre med henblik på at afdække det der former mødet mellem sygeplejersken og den døende.

## **6.2 Sammenligning mellem Gadamer, Løgstrup og Martinsens forståelse af dialogen**

Gadamer's dialogbegreb og hans forståelse af hvad den ægte dialog er, bliver bl.a. præsenteret i hans hovedværk *Sandhed og Metode* (Gadamer, 2007). Dialogen kan anses som en særlig form for samtale der kan stilles i kontrast til målorienterede samtaler som mange af de samtaler der stilles til rådighed i sundhedssektoren bærer præg af (Holm & Birkelund, 2021 s. 33). Den ægte dialog er en samtale, hvor ingen af parterne styrer hvor samtalen bevæger sig hen, men i stedet lader sig føre af samtalen (Gadamer, 2007, s. 363). Dette omfatter således ikke samtaler, hvor den ene part har et bestemt mål med den anden, som det kan være tilfældet, når en sundhedsprofessionel forsøger at forklare en patient, hvordan en bestemt behandling vil kunne lindre deres smerte og dermed overtale dem til at tage imod denne behandling. Det handler netop ikke om emnet, men

selve formen for samtalen og om hvorvidt begge parter indgår åbent i mødet med den anden. Det kan være åbne samtaler som, "hvad mon der sker når man dør?" eller "hvordan oplever du din smerte?".

Gadamer peger endvidere på vigtigheden af et fokus på den fælles sag. Dette omfatter altså, at der er enighed om, hvad den fælles sag er. I dette ligger der dog mere end blot at begge parter er enige om, at man taler om "hvad en værdig død er". Det handler om at blotlægge egen forståelse af værdighed i denne kontekst. For at der reelt set er tale om en fælles sag kræver det også, at man forsøger at sætte sig ind i den andens position med henblik på at forstå det sagsmæssige indhold som denne fremlægger omkring sin forståelse af "hvad en værdig død er" (Gadamer, 2007, s. 363ff). Forsøget på at realisere den fælles sag forudsætter ifølge Gadamer også at samtalens parter taler det samme sprog. Når Gadamer taler om at opnå et fælles sprog, handler det dog ikke om, hvorvidt man taler arabisk eller dansk. Det handler derimod om, at begge parter i samtalen lykkes med at lade det modstridende i den anden parts perspektiv gælde som mulig sandhed, uden de helt mister deres eget ståsted, men dog sætter det på spil (Ibid., s. 365f). Dette er således lettere at realisere i mødet mellem mennesker der har et større overlap i deres forståelseshorisont ved at de kommer fra lignende kultur og/eller har samme faglighed. På samme måde gælder det således også at forskelle i hvordan parterne er situeret kan skabe udfordringer i at opnå et fælles sprog. Dette tænkes i indeværende kontekst at komme på spil i mødet mellem den professionelle (sygeplejersken) og lægpersonen (den døende). Lektor Anita Naemi Holm og professor Regner Birkelund fremhæver denne udfordring i forbindelse med Gadamers tænkning om den fælles sag, på følgende måde:

At finde den fælles sag kan være en stor udfordring i mødet mellem mennesker, der tænker fundamentalt forskelligt, dvs. med grundlæggende forskellige verdensanskuelser og overbevisninger (Holm & Birkelund, 2021, s. 39).

Denne pointe blev tidligere fremført netop med henblik på at problematisere gadesygeplejerskens evne til at sætte sig i en døende og socialt udsat persons sted. Dette er dog ud fra Gadamers perspektiv ikke et altoverskyggende problem, da det netop ikke handler om at forstå *hvorfor* den anden part ser verden på en bestemt måde, men derimod blot lade deres argumenter eller udsagn gælde som en mulig sandhed. Både Gadamer og Løgstrup understreger vigtigheden af en

gensidighed og åbenhed i samtalen, og som fremhævet i det forrige afsnit, peger Martinsen ligeledes på det gunstige ved at tale om en fælles sag. Dette fører os videre til en markant forskel mellem Gadamer og Løgstrup/Martinsen.

Når der hos Gadamer føres en ægte samtale handler det ikke om hvordan noget udtales, hvilken tone eller stemmeføring der benyttes, men om at lytte med åbenhed til de ord, der bliver sagt højt (Jørgensen, 2009, s. 125). Der tages dog forbehold for at det ikke med nødvendighed følger, at Gadamer er blind for relevansen af, hvis den anden part råber, eller ruller med øjnene imens man taler, men at dette blot er uden for hans fokus. Dette manglende fokus på tonen divergerer i høj grad fra det, der gør sig gældende hos Løgstrup. Martinsen formulerer Løgstrups position på følgende måde:

Sproget er ekspressivt før det er semantisk. [...] Der er en førsproglig mening i sansningen, stemtheden og tonen (Martinsen, 2007, s. 39).

Med dette mener hun, at man lader<sup>10</sup> det sagte med kroppen, gennem tonen og rytmen. Løgstrup mener, at der siges mere gennem måden, der tales end med de ord der bliver sagt, og at mennesket i højere grad er til stede i måden, der tales end i de ord, der siges. I indeværende projekts kontekst kan det fremstå intuitivt meningsfuldt at medgive at Martinsen og Løgstrup her har en pointe i forhold til hvis en døende patient i en situation siger "jeg har det fint", og fremstår afslappet og rolig, men i en anden situation ytrer de samme ord, men er anspændt og sammenbidt. Det kan være at begge situationer fordrer sygeplejersken til at acceptere, at den døende på dette tidspunkt ikke føler et behov for yderligere hjælp eller omsorg. Eksempel nr. 2 opfordrer måske i højere grad til at afdække om "jeg har det fint" betyder, at smerten kan håndteres, men at det måske alligevel ville være rart at få noget smertestillende, og at ytringen dermed måske udspringer af et ønske om ikke at være til besvær. Disse nuancer beskæftiger Gadamer sig netop ikke med, og relevansen af tonen og kropssproget kan således potentielt være en blind vinkel i hans teori.

Martinsen pointerer dog et vigtigt forbehold omkring, hvis man fokuserer for meget på den andens tone og adfærd, kan det blive svært at høre deres årsager, og man kommer potentielt til at søge

---

<sup>10</sup> lader forstået som (to charge) og ikke (to let)

efter den andens bagvedliggende motiver i stedet (Martinsen, 2007, s. 40). At tolke for meget i tone og kropssprog kan således føre til en krænkelse af førnævnte urørlighedszone. Det opfordres derfor til at lade sig sanseligt guide af tonen frem for reflektivt og analytisk at forsøge at forstå, hvad der ligger i den tone, der præsenteres. I praksis kan dette tolkes som en opfordring til blot at spørge ind til hvad den døende mener med "at de har det fint", frem for at antage, som i eksemplet, at det kunne være fordi vedkommende ikke ønsker at være til besvær.

Både Gadamer og Løgstrups teorier tager altså udgangspunkt i, at et genuint møde mellem to mennesker afhænger af en gensidighed og af at man forstår den anden part ved at nærme sig den andens position. Martinsen formulerer det at forstå i forhold til sygeplejerskens møde med borgeren på følgende måde:

At forstå har at gøre med identifikation i forskellighed, at få fat i det egenartede, i det der er anderledes, men som alligevel kan genkende: en fælles udsathed og sårbarhed (Martinsen, 2001, s. 25).

I dette fremgår det at forståelsen for den anden går gennem at se det fælles og almengyldige og almenmenneskelige kår manifesteret i den anden parts forskellighed fra en selv. Der hersker altså en grundantagelse om et meningsfuldt møde på baggrund af de vilkår, der gør sig gældende for alle mennesker, herunder døden, og ifølge Løgstrup også de suveræne livsytringer og den etiske fordring. Måden, hvorpå Gadamer underbygger mødet gennem at nærme sig den anden, er derimod ved at blive konfronteret og blotlægge egen forforståelse gennem mødet med det, der er anderledes (Jørgensen, 2009, s. 85). Løgstrup og Martinsen peger altså på et møde mellem mennesker ud fra det almengyldige i de partikulære måder, dette manifesterer sig i ens eget og den andens liv. Hvor Gadamer derimod opfordrer til at det partikulære skal blotlægges med en åbenhed for genfortolkning af det partikulære for overhovedet at få adgang til noget fælles og almengyldigt.

Begge parter kan dog blive enige om, at når man lytter til den anden med henblik på at lade deres perspektiv gælde som en mulig sandhed, følger det, at det må foregå uden at man føjer sig for den andens perspektiv (Gadamer, 2007, s. 341ff). Dette er yderligere eksemplificeret hos Martinsen i forhold til, at blikket og skønnet for hvad der bedst kan lindre den døende, altid skal være lydhør

for og tage afsæt i den andens levede erfaringer og oplevelse af døden (Busch, 2011, s. 184). Der er altså både mange ligheder i de to perspektiver, men også nogle markante forskelle. For at sætte fokus på en af de mere markante kritikpunkter, der kan føres ud fra Gadamer's perspektiv mod både Løgstrup og Martinsen, vil der følge en kort gengivelse af vigtigheden af at blotlægge egne fordomme og forforståelse hos Gadamer. Dette har til formål at tjene som fundament for en kritik af Løgstrup og Martinsen, samt de sygeplejeetiske retningslinjer ud fra både implicite og eksplicite antagelser om kulturneutralitet, almengyldighed og dermed noget der potentielt bliver blindt for hvordan det kan være styret af fordomme og kulturelle/historiske strømninger. Dette med henblik på at blotlægge nogle af de antagelser der kan foreligge hos sygeplejersken og derfor er med til at forme mødet med den døende.

### **6.2.1 Forforståelsen og antagelsen om kulturneutralitet og almengyldige sandheder**

Når Gadamer taler om fordomme, skal det ikke tolkes som ordet typisk bruges i dag. Det skal derimod anses som synonym med forforståelse eller forudforståelse (Gadamer, 2007, s. 264ff). Disse udgør som nævnt i indledningen fundamentet for al ny forståelse og hans pointe er ikke at fjerne alle fordomme men derimod at man skal gøre sig dem bevidste for at kunne undgå at lade sig styre af dem. Denne opfordring til at gøre sig bevidst om det der former ens fundament for forståelsen, omfatter ligeledes anerkendelsen af at mennesker er historisk situerede (Gadamer, 2007, s. 339ff). Det er dog vigtigt at pointere, at Gadamer ikke deler den klassiske hermeneutiks tro på, at man kan vriste sig fri fra ens historiske rammer og derigennem tilgå tekster fra andre tider ud fra et objektivt perspektiv (Jørgensen, 2009, s. 57). Han er dog enig i, at man skal gøre sig sine rammer bevidste og derigennem ikke lade styre dem, men ikke ud fra en forståelse af at kunne opnå objektivitet. Blotlæggelsen af egen historicitet og egen forforståelse giver en indsigt i hvad man selv tager for givet og fordrer derfor mulighed for en større forståelse for det andet menneske i mødet. Dette står således i kontrast til Martinsens opfordring om at bruge sin fantasi til at sætte sig i den andens sted uden opfordring til at man er kritisk over for egen forforståelse (Martinsen, 2012, s. 55). Dette følger formentlig af hendes inspiration fra Løgstrup og idéen om, at man skal antage at vide bedre end den anden i forhold til den fordring der opstår i mødet. Det Gadamer

opfordrer til kan nok nærmere forstås som at sætte sig i sit eget sted med henblik på, at blive bevidst om hvilke antagelser man selv tager for givet og derigennem kunne sætte dem på spil og dermed i højere grad være i stand til at forstå den forståelseshorisont som den anden part præsenterer. Dette fremstår ikke som en del af det møde Martinsen argumenterer for i forhold til at sætte sig i den andens sted. Problemet for Gadamer vil i denne forbindelse være, at der i antagelsen af, at kunne sætte sig i den andens sted, hersker en manglende anerkendelse af egne blinde vinkler og hvordan dette perspektiv altid vil være formet af en forforståelse, der ikke bliver reflekteret over. Dette vil dermed føre til at mødet mellem sygeplejersken og den døende kan være formet af antagelser, som sygeplejersken ikke har reflekteret over og dermed kan komme til at tage for givet som fælles med den døende. Som Gadamer selv formulerer det, sker der følgende i den form for interaktion Martinsen opfordrer til:

Han gør krav på selv at kende den andens krav, ja endog at forstå ham bedre, end han forstår sig selv (Gadamer, 2007, s. 341).

Gadamer taler generelt om denne form for møde, og dette gør sig potentielt også gældende i forhold til det møde der lægges op til hos Løgstrup og Martinsen og dermed også i mødet mellem sygeplejersken og den døende. Det Gadamer fremstiller som et problem er altså netop hvad Løgstrup fremhæver som en nødvendig betingelse for overhovedet at have noget med den anden at gøre. Betyder antagelsen om, at man ved bedre end den anden part i forhold til hvad de har behov for, således at der ikke kan forekomme et genuint møde ud fra Gadamers dialogbegreb?

Når Gadamer taler om den ægte samtale, *Dialogen*, er der tale om en gensidig relation, hvor der lyttes med åbenhed og den anden parts perspektiv får lov at gælde som en mulig sandhed (Ibid., s. 341ff). Dette fremstår dog i høj grad kompatibelt med den ligeværdighed der viser sig, når Løgstrup peger på samtalen som noget, hvor man svarer med henblik på den andens svar og netop ikke som to monologer der blot afbrydes af hinanden (Løgstrup, 1942, s. 124). Den mest markante forskel ligger således i Gadamers opfordring til at gøre sig sine egne fordomme bevidste, hvor Løgstrup henviser til almenmenneskelige og prærefleksive fænomener som de suveræne livsytringer og den etiske fordring som han fremlægger som en kulturneutral sandhed for mødet mellem mennesker på tværs af historicitet, kultur og religion. Disse antagelser hos Løgstrup er bl.a. blevet problematiseret af teologen Jeppe Bach Nikolajsen i hans artikel *Gives der er en kristen*

*etik?: En kritik af Knud Ejler Løgstrups position (2022)*. Indeværende projekt vil dog ikke fokusere på, hvorvidt der er tale om en kristen etik, men derimod en problematisering af Løgstrups antagelse om, at hans teori er kulturneutral.

Ifølge Gadamer bliver man i højere grad styret af sine fordomme, når man antager at have et objektivt eller almengyldigt udgangspunkt (Gadamer, 2007, s. 342). Dette gør sig altså gældende, når Løgstrup taler om de etiske fordringer som almengyldige og når denne fordrer, at "den andens liv skal varetages på den måde, den anden er bedst tjent med" (Løgstrup, 1956, s. 68). Der ligger altså en implicit antagelse om, at den etiske fordring og skønnet kan foretages på tværs af kulturer og individuelle forestillinger, fordi den etiske fordring er et alment menneskeligt vilkår for Løgstrup. Han underbygger bl.a. sin position ved at fremhæve, at den etiske fordring kan kendes af alle og ikke kun kristne, der skal appelleres til den andens fornuft, indsigt og menneskelighed og ikke til en specifikt kristen tanke (Løgstrup, 1956, s. 129). Den etiske fordring fremstår dermed som noget der transcenderer kulturelle forskelle og der ligger en antagelse om en mulig appel til fornuft, indsigt og menneskelighed som antages at være fælles for alle mennesker. Der forekommer således et markant spring fra Gadamers opfordring til at være bevidst om at sikre et fælles sprog, selv når man taler med mennesker fra lignende kulturel baggrund og faglighed, til Løgstrup der mener at den etiske fordring og de suveræne livsytringer gør sig gældende på tværs af religion, kultur og social position i samfundet. Såfremt det godtages at sygeplejerskers etiske position og faglighed er delvist formet af Martinsen og at hun netop trækker på Løgstrup, kan dette således tjene til en opfordring til videre undersøgelse af hvordan antagelsen om almengyldige sandheder kan være problematiske. Dette kan komme til udtryk, hvis der ikke er øje for at de almengyldige sandheder er udlagt i en sekulariseret, men dog stadig kristen vestlig kultur og kan tænkes at påvirke sygeplejersker i mødet med døende borgere, hvis historicitet divergerer markant fra konteksten for disse tanker formuleret af Løgstrup og Martinsen.

Gadamers position kan dermed ses som en opfordring til at sygeplejersker potentielt bør gøres bevidste om deres egen historicitet og deres egne fordomme, med henblik på bedre at kunne være opmærksomme på hvordan deres ståsted kan divergere fra den døendes. Uden en sådan bevidsthed er det ikke muligt at sætte sine fordomme på spil og dermed opnå en forståelse af den andens perspektiv. Det fremstår ligeledes relevant med henblik på at realisere del 4.4 af de



sygeplejeetiske retningslinjer der omhandler, at: “udfordre love og instrukser, hvis de strider mod professionens etiske værdier” (sygeplejeetisk råd s. 10 punkt 4.4). Dette stiller netop krav til at sygeplejersken må være sine egne og sin professions etiske værdier bevidst og dermed også de blinde vinkler, der kan opstå hvis elementer af disse antages som almengyldige sandheder. For yderligere at udfordre antagelsen om almengyldighed, vil Rosa’s teori om resonans, fremmedgørelse og accelerationssamfundet blive inddraget med henblik på at problematisere denne form for antagelser.

## **6.3 Løgstrups antagelse om tilliden som almenmenneskeligt vilkår**

Som nævnt i afsnit 4.1 mener Løgstrup, at det er et grundvilkår hos mennesket, at vi møder andre mennesker med tillid, med mindre der forekommer særlige omstændigheder (Løgstrup, 1956, s. 17). Han mener altså at tilliden til andre er menneskets grundindstilling og ikke noget der udspringer af den kultur man lever i og det samfund man er formet af. Der tages forbehold for at Løgstrups antagelse vil blive udfordret med afsæt i undersøgelser foretaget mange år efter han skrev *Den etiske fordring*. I 2013 blev der udført en større census undersøgelse med henblik på, at afdække nationale forskelle i hvor mange mennesker der mente, at man kunne stole på de fleste mennesker (Our world in data: Europa). I denne undersøgelse lå Danmark nr. 1 med et gennemsnit på 8.3 på en skala fra 1-10 i forhold til, hvor meget man kan stole på andre mennesker. Disse tal er relativt tætte på vores naboland Norge, der fik 7.3 og Finland som fik 7.4. I lande som Serbien og Bulgarien var tallet derimod 4.2. En lignende, men verdensomspændende undersøgelse af hvor mange der i hvert fald var enige i, at man kan have tillid til de fleste mennesker, viste lignende tendenser for de nordiske lande helt op til år 2022 (Our World in Data: verden). Danmark figurerer ikke i denne undersøgelse, men Norge, Sverige og Finland udgjorde henholdsvis top 1, 3 og 4 i forhold til tillid og et lignende billede vil antageligvis gøre sig gældende for Danmark. Der er således belæg for, at de nordiske lande udgøres af meget tillidsfulde samfund, men hvis man ser på Sydamerika, Afrika og størstedelen af Asien (undtagen Kina) er graden af mennesker som mener, at man kan stole på de fleste mennesker, et sted mellem 5,3% (Peru) og 34,1% (Japan), hvoraf størstedelen af de lande der deltog ligger mellem 8-15%. En lignende tendens viser sig i de tal, der

er tilgængelige fra årene 1984 og 1993. Hvilket selvfølgelig ikke udelukker, at der kan være tale om særlige omstændigheder blandt størstedelen af verdens ikke-vestlige lande, og dette er årsagen til denne manglende tillid. Der er dog belæg for at det kan anses som et privilegeret perspektiv at fastholde tilliden som grundvilkår, når den i størstedelen af den ikke-vestlige verden er udfordret i dette omfang. Givet denne skævvridning som til en vis grad følger højere tillid i de vestlige lande, fremstår det problematisk at antage tillid til andre mennesker som et grundvilkår frem for noget der udspringer af, hvor individet er historisk og kulturelt situeret i verden. Det er dog ikke som udgangspunkt muligt at modbevise Løgstrups antagelse, da man ikke kan undersøge, hvorvidt et menneske har tillid til andre uafhængigt af, at denne person også er formet historisk og kulturelt af sin omverden. Der tages endvidere forbehold for at den valgte empiri undersøger om hvorvidt folk mener at de kan stole på andre og ikke om hvorvidt de overvejende møder folk med tillid. Der er således ikke et 1 til 1 forhold mellem Løgstrups antagelse om tillid som grundlæggende fænomen i mødet med andre og den empiri der fremlægges som potentiel kritik af hans antagelse. Undersøgelsen er ligeledes en spørgeskemaundersøgelse, og deres svar er således ud fra en refleksion. Et eventuelt observationsstudium ville derimod i højere grad kunne undersøge, hvorvidt tillidsfuld adfærd viser sig som et prærefleksivt fænomen, som det er tilfældet med tilliden som suveræn livsytring ifølge Løgstrup.

### **6.3.1 Rosa og Accelerationssamfundet som 'særlige omstændigheder'**

Forrige afsnit indikerer at der i de nordiske lande stadig hersker en væsentlig tillid til andre mennesker. Rosa kan med sin kritik af accelerationssamfundet og den samtidsdiagnose, der kan læses heraf, tolkes således, at denne netop understreger at tilliden til andre mennesker ikke kan eller bør tages for givet. Han fremhæver hvordan accelerationspresset i det senmoderne samfund er på vej imod en forøget fremmedgørelse og kan deraf tolkes som noget, der på sigt kan underminere tilliden til andre mennesker og dermed tjene som bud på 'særlige omstændigheder', der kan komme i vejen for den grundlæggende tillid. Tilliden og gensidighed i relation til andre mennesker fremhæves som vigtig for både Gadamer, Løgstrup og Martinsen. I relation til sygeplejerskernes møde med den døende kan denne fremmedgørende tendens således underminere fundamentet for mødet og dermed modvirke ønsket om at realisere en god og

værdig død for de døende. Tal fra Udlændinge- og Integrationsministeriet viste i 2014, at indvandrere og efterkommere fra ikke vestlige lande har mindre tillid til andre mennesker end borgere af dansk oprindelse (Udlændinge- og Integrationsministeriet). Dette skærper problematikken yderligere, da tilliden og åbenheden kan antages at være særlig vigtig i de tilfælde, hvor der er større forskel på henholdsvis sygeplejersken og den døendes kulturelle baggrund. Dette følger ud fra antagelsen om, at det kræver tillid at blottlægge sine værdier og ønsker, og at dette fremstår vigtigere i tilfælde hvor de to parter verdenssyn divergerer mest som udgangspunkt.

Den relativt stabile tillid i de nordiske lande står i kontrast til Rosa's antagelse om accelerationssamfundets indvirkning på fremmedgørelsen blandt mennesker og dermed også vores tillid. På trods af dette er der dog stadig belæg for at undersøge, hvordan man modvirker fremmedgørelsen og pejler efter at skabe resonansrum for mødet mellem sygeplejersken og den døende. Dette vurderes ud fra at denne gruppe mennesker antages at være særligt sårbare og at denne sårbarhed er særligt skærpet for gadesygeplejersken der arbejder med socialt udsatte.

## **6.4 Martinsen og Rosa om udbændthed**

Både Martinsen og Rosa er i deres teori eksplicitte omkring risikoen for at udvikle udbændthed på baggrund af de samfundsmæssige strukturelle forhold som eksempelvis sygeplejersken agerer i og skal yde omsorg inden for.

Rosa tolker som tidligere nævnt udbændthed som relateret til - og en konsekvens af - den sociale acceleration (Rosa, 2013, s. 43). Han beskriver udbændthed som kroppens egen måde at decelerere på, som følge af et stort og belastende accelerationspres for at leve op til sociale og faglige krav. Formår sygeplejersken ikke selv at stoppe op og lytte til egne behov, når et sådant pres mærkes på egen krop, kan kroppen på et tidspunkt svare som en konsekvens heraf med udbændthed. Udbændthed er et risikobehæftet fænomen, der ifølge Rosa kan medføre depression, og er dermed et tegn på den helbredsmæssige alvorlighed, der er forbundet hermed (Ibid., s. 43). Man kan spørge til hvorfor sygeplejersken ikke lytter til kroppens behov, før det ender med en deceleration i form af udbændthed. Dette vil der angiveligvis være mange forskellige svar

på, i kraft af menneskets individualitet. Men en frygt for at sakke bagud vil kunne være et element der påvirker sygeplejersken som en konsekvens af accelerationsamfundets higen efter udvikling og effektivitet.

Såfremt udbrændthed viser sig hos en sygeplejerske, kan der følge en selvforstærkende effekt, ved at vedkommende potentielt mister sin primære resonanskilde, da mange sætter sin lid til at finde mening gennem sit virke (Rosa, 2021, s. 271ff). Det fremstår i indeværende projekt som en plausibel tese, at der kan være dårlig samvittighed forbundet med at måtte sygemelde sig, da der kan være både borgere og kollegaer der har behov for sygeplejerskens støtte. Det er ligeledes et skridt i retning af afvikling og bryder således med ideen om det gode liv, som noget der er forbundet med udvikling (Rosa, 2017, s. 337ff). De andre kollegaer har således flere arbejdsopgaver at løfte, og denne vished kan potentielt holde sygeplejersken på arbejdspladsen længere og dermed forværre udbrændtheden. Dette tænkes ligeledes at følge sygeplejersken efter sin sygemelding og situerer måske sygeplejersken dårligere ift. at finde ro og dermed modarbejde udbrændtheden. Tesen om en sammenhæng mellem stress, udbrændthed og dårlig samvittighed er dog ikke kontroversiel eller nytænkende. Fagforeningen HK skriver bl.a. på deres hjemmeside at

Når vi bliver overbelastet af stress, føler vi tit dårlig samvittighed over for vores kolleger og arbejdsplads, eller vi skammer os over ikke at kunne præstere, som vi plejer. Vi kan også blive bange for, at vores arbejdsliv og karriere er skadet for altid (HK fagforening).

Omend dette ikke er en forskningsartikel, vidner dette stadig om at skammen og den dårlige samvittighed fylder hos ansatte i Danmark. Der foreligger ikke umiddelbart belæg for at dette ikke også skulle gøre sig gældende for sygeplejersker, der er truet af udbrændthed i højere grad end gennemsnittet.

Martinsen er enig med Rosa i, at det accelererende samfund kan have en negativ indvirkning på sygeplejersken. Kravene fra de strukturelle ændringer der er sket i samfundet påvirker omsorgsfeltet og gør det vanskeligere at blive den andens tillid værdig (Martinsen, 2007, s. 169). Sygeplejersken er indhyllet i en tidsstruktur hvor fokus er på opgaveløsning frem for at tage imod den andens udleverethed. Dette fremmer ikke en relation båret af tillid og dermed muligheden for resonans, da tidspreset er for stort. Omsorgen kan i stedet vippe over i en paternalistisk omsorg. Her nedprioriteres den tavse viden i skønnet til fordel for den specialiserede viden, hvor begreber

og faglige regler er et ideal (Ibid., s. 169). Den tavse viden indgår i skønnen som noget, der ligger ud over fagligheden, og er dermed individuelt betinget ud fra sygeplejersken som menneske. Martinsen hævder, at den faglige dygtighed og det faglige skøn risikerer at forsvinde i samfundets fokusering på opgaveløsninger, da den faglige dygtighed også er afhængig af en individuel tavs kundskab fra sygeplejerskens side og ikke kun en resultatorienteret faglig opgaveløsning.

En såkaldt 'påstandskultur' får dermed en stor magt i sygeplejerskens arbejde, som let kan gøre den døende til et abstrakt element. En sådan kultur indbefatter, at der argumenteres ud fra givne faglige begreber og argumenter uden at give rum til at lade den anden komme til orde (Ibid., s. 169). Der tages ikke tid til at analysere situationen, lytte, udvise nærvær, men der hastes i stedet videre mod de næste opgaver og der skabes på denne måde ikke genklang i relationen. Er sygeplejersken mere optaget af egne og faglige behov end den døendes behov, og rækker sygeplejerskens følelser ikke over for den døende, vil relationen til den døende kunne have karakter af ligegyldighed. Den døende vil i sådan et tilfælde blive passiviseret ifølge Martinsen, og ligegyldigheden kan på denne måde være en forløber for omsorgstræthed, som ligeledes blev defineret tidligere (Martinsen, 2007, s. 166).

Martinsen giver altså i lighed med Rosa udtryk for en problematisk indvirkning af accelerationssamfundet på sygeplejen og det at yde omsorg. Samfundets strukturer kan indvirke på, at relationer ikke giver rum til tilliden og dette vil som sagt kunne føre til en paternalistisk omsorg (Ibid., s. 169). Hvis accelerationssamfundets krav medfører, at sygeplejerskens tilgang bliver paternalistisk, kan sygeplejerskens stemning modvirke den døendes mulighed for resonans. Der bliver således et ulige magtforhold i relationen, og den døende vil blive den underlegne og efterlades blottet, da der ikke tages vare på den sårbarhed og udleverethed, som den døende viser. Sygeplejerskens tavse viden, der også indgår i skønnen, nedprioriteres til fordel for den fagligt specialiserede viden. Sygeplejersken vil på denne måde ikke opnå genklang i relationen som danner mulighed for resonans, men i stedet forholde sig fremmedgørende som ifølge Rosa er resonansens modsætning (Rosa, 2021, , s. 215).

Risikoen for udbrændthed er med afsæt i Martinsen og Rosa et vilkår som sygeplejersken i omsorgen og mødet med den døende er underlagt. Dette har sit udgangspunkt i det senmoderne

og accelererende samfund. Sygeplejersken må konstant balancere, med afsæt i skønnet, mellem den sentimentale omsorg og den paternalistiske omsorg for at kunne tage imod den døendes udleverethed og møde denne med tillid og nærvær. Skønnet bliver sat yderligere på prøve med krav fra accelerationssamfundet, hvilket gør, at denne balance kan være svær at finde og der foreligger dermed en markant risiko for udbrændthed.

## 7. Konklusion

Forud for konklusionen gentages projektets problemformulering:

### **Hvilke forudsætninger former mødet mellem sygeplejersken og den døende borger?**

Vores projekt har analyseret og diskuteret forskellige faktorer og forudsætninger for mødet mellem sygeplejersken og den døende. Dette omfatter bl.a. samfundsmæssige tendenser, vores forhold til døden og til idéen om 'den gode død'. Dette kan således give den fagprofessionelle et indblik i aspekter af mødet mellem sygeplejersken og den døende, der ikke nødvendigvis fremstår tydelige i det konkrete møde og dermed kan have en skjult indflydelse på, hvordan selve mødet udfolder sig. Denne bevidstgørelsesproces kan dermed tjene til, at give fagprofessionelle bedre forudsætninger for kritisk refleksion i forhold til de antagelser der forud for denne refleksion blev taget for givet. Dette fremstår særlig vigtigt i mødet mellem parter, hvor der er væsentlige forskelle mellem deres kulturelle fundament, og hvor en fælles forståelse af en god og værdig død ikke bør tages for givet.

Gadesygeplejersken, der arbejder med socialt udsatte døende, fremstår særligt udfordret i forhold til at skulle realisere den gode død. Dette konkluderes bl.a. ud fra, at de socialt udsatte oftere er dårligere situerede i forhold til at opleve resonans, ved at de i højere grad er disponerede for social og eksistentiel lidelse. De har ligeledes sjældent mange tætte og stabile relationer at støtte sig til. Sidstnævnte stiller dermed større krav til sygeplejersken om, at udgøre en stabil resonansakse i den sidste tid. Gadesygeplejersken har ligeledes nogle forudsætninger, der kan situere denne dårligere i forhold til, at støtte den socialt udsatte døende sammenlignet med hospicesygeplejersken. Gadesygeplejersken har eksempelvis ikke samme æstetiske rammer til

rådighed som hospicesygeplejersken og kan ikke stå til rådighed for den døende i samme omfang, som der kan tilbydes på hospice.

Sygeplejerskerne er samtidig truet af udbrændthed, hvilket bl.a. tolkes som en følge af accelerationssamfundet, der medfører højere grad af fremmedgørelse over for andre mennesker, dem selv og verden omkring. Dette underminerer således fundamentet for resonans og dermed resiliens og meningsfuldhed. Denne samfundstendens manifesterer sig ligeledes i en accelerering af livstempoet, hvilket også tjener som forklaring på et øget pres om effektivisering i sundhedssektoren. Denne effektivisering kan føre til paternalistisk omsorg, da sygeplejersken ikke nødvendigvis har tid til at lytte og være nærværende i tilstrækkelig grad. Dette påvirker således fundamentet for en meningsfuld relation og modvirker dermed oplevelsen af resonans for både den døende og sygeplejersken selv. Sygeplejerskens oplevelse af meningsfuldhed anses som særlig relevant, da dette fremstår som et værn mod udbrændthed. Ud over manglende resonans, anses forekomsten af uberettiget sorg og oplevelsen af utilstrækkelighed i forhold til at yde eksistentiel og åndelig omsorg, som skærpende faktorer i forhold til udbrændthed. Som modsvar til dette viser der sig flere mestringsstrategier, herunder familiemetaforen, anerkendelse af sygeplejerskens dobbelte sårbarhed, eksistentiel selvrefleksion og kollegial refleksion. Familiemetaforen og den kollegiale refleksion fremstår dog ikke som tilstrækkelige mestringsstrategier for gadesygeplejersken og dennes situation er således særligt udfordret.

Relevansen af sygeplejerskens evne til at yde eksistentiel og åndelig omsorg konkluderes på baggrund af håbet, som en essentiel kilde til livskvalitet hos den døende. Særlig vigtigt er det, at sygeplejersken har øje for at facilitere et skift fra håbet om helbredelse til en form for håb, der kan transcendere den døendes egen livshorisont. Accepten af dette skift er endvidere relevant for at realisere en værdig død, der bl.a. består i at have autonomi. Autonomien anses netop som krænket, hvis den døende ikke konfronteres med den livssituation, de reelt befinder sig i.

Sygeplejersken skal altså understøtte den døende i at opleve en god og værdig død, yde eksistentiel og åndelig omsorg, facilitere et skift til et værenshåb, skabe rum for stabile resonansakser, og alt dette under stadigt stigende tidspres. Tidspreset kan yderligere føre til en

fremmedgørelse af sygeplejerskens egne behov, og kan dermed modvirke accepten af et behov for deceleration. Ud over dette forventes sygeplejersken at kunne indgå i mødet med indlevelse og gensidighed, og samtidig bevare en tilpas professionel distance til ikke at blive berørt i for høj grad. Sygeplejersken skal således i ethvert møde balancere mellem paternalistisk og sentimental omsorg, ud fra eget skøn og i dette acceptere usikkerheden om, hvorvidt der handles rigtigt, som et grundvilkår for deres faglighed. Alt imens sygeplejersken (jf. de sygeplejeetiske retningslinjer) skal besidde en parathed til at udfordre love og instrukser, hvis disse strider mod professionens etiske værdier. Dette er således igen ud fra sygeplejerskens eget skøn.

Vi konkluderer endvidere, at den del af sygeplejerskens etiske fundament, der bygger på Martinsen og dermed også Løgstrups tænkning, kan kritiseres for at antage kulturneutralitet ud fra en udlægning om almenmenneskelige vilkår. Grundet denne antagelse risikerer sygeplejersken dermed at deres skøn tager afsæt i, at dette menneskesyn ligeledes er et grundvilkår for den døendes livsanskuelse. Dette kan potentielt situere sygeplejersken svagere i forhold til at blive bevidst om, hvordan deres livsanskuelse divergerer fra den døendes.

Der foreligger således en væsentlig kompleksitet med faktorer af social, faglig, samfundsmæssig og eksistentiel karakter i mødet mellem sygeplejersken og den døende. Dette understreger i særlig grad, hvorfor vi anser det som relevant at afdække de enkeltdele, der udgør den helhed, hvori mødet mellem sygeplejersken og den døende formes og udspiller sig. Projektet har som tidligere nævnt ikke til formål at præsentere en løsning på de udfordringer som sygeplejersken kan stå med i mødet med den døende. Til løsning af konkrete problemstillinger der diskuteres i projektet, kan andre faglige perspektiver inddrages. Vi har med dette projekt i højere grad blotlagt forudsætningerne for en sådan tilgang. Projektet tjener dermed som et bevidstgørelsesprojekt med henblik på at give sygeplejersker nye muligheder for refleksion i forhold til deres egne rammer og hvilke forudsætninger de kan have indflydelse på, samt hvilke der er ude af deres hænder.



## 8. Litteraturliste

- Andersen, P. T & Timm, H. (2010). *Sundheds sociologi en grundbog*. 1. udgave, 1. oplag. København: Hans Reitzels Forlag
- Busch, C. J. (2011) *Sjælesorg for det døende menneske*. I Humanistisk Palliation: Teori, metode, etik og praksis. (red.) Jacobsen, M.H. & Dalgaard, K.M. (s. 179-197) København K: Hans Reitzels Forlag
- Dalgaard, K. M. & Jacobsen, M. H. (2011). *Humanistisk Palliation teori, metode, etik og praksis*. 1. udgave, 1. oplag. København K: Hans Reitzels Forlag.
- Dalgaard, K.M. (2001). *Den gode død - mellem ideal og virkelighed. I Ved livets afslutning - om palliativ omsorg, pleje og behandling*. (red.) Birkelund, R. (s. 82-103) København NV: Aarhus universitetsforlag
- Doka, K. J. (1989). *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Gadamer, H.-G. (2007). *Sandhed og metode: Grundtræk af en filosofisk hermeneutik*. Viborg: Nørhaven Book.
- Graven, V. (2023) *Resonans i dødens nærvær*. I Sand, R. (red). *Literary Explorations of Health and Kinship*. Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund årgang 20 nr. 38. Aarhus Universitet. (in press)
- , (2021). *Usædvanlige livsafslutninger - Håb og behov ved socialt udsattes livsafslutning*. Nyborg: REHPA, Videnscenter for Rehabilitering og Palliation.
- , (2015) *Hospicefilosofi i praksis - Eksistentiel/åndelig omsorg for døende på hospice*. Ph.d.serie for det samfundsvidenskabelige fakultet, Aalborg Universitet. Aalborg: Aalborg universitetsforlag
- Graven, V. & Olsen, J.B. (2018). *Hvor der er håb - fra teori til sundhedsfaglig praksis*. 1. udgave. Samfundslitteratur
- Grøn, L., Andersen, L. S., Andersen, D. B. & Jensen, M. C. F. (2023) *“Uden relationer kommer vi ingen vegne” - Relationsarbejde som grundvilkår og faglighed i ældreplejen*: Finansieret af Videnscenter for Værdig Ældrepleje - Sundhedsstyrelsen
- Holm, A. N. & Birkelund, R. (2021) *Dialog og forståelse*. I Jørgensen, K. (red.) *Kommunikation for sundhedsprofessionelle* (5.udgave) (s.49-64) Gads forlag.

- Ilkjær, I. (2021) *Døden*. I Ilkjær, Kragh, C. F., & Bergenholtz, H.(red.). *Palliation og rehabiliterende palliation* (1. udgave.) (s. 229-249) Gads forlag.
- Jacobsen, M. H. (2011) *Dødens dekonstruktion - om død og udødelighed i kulturanalytisk og samtidshistorisk belysning*. I Birkelund, R. (red.). *Ved livets afslutning - om palliativ omsorg, pleje og behandling*. (s. 13-41) Aarhus: Aarhus Universitetsforlag
- , (2010a). *Thanatosociologi - træk af en udviklingshistorik og til-standsrapport*. Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, nr. 12, s.23-49.
- , (2010b). *Dødens sociologi*. Andersen, P. T & Timm, H. (red.) 2010. *Sundhedssociologi en grundbog*. (s.276-277) 1. udgave, 1. oplag. København: Hans Reitzels Forlag
- Jacobsen, M. H. & Dalgaard, K. M. (2011) *Indledning*. I Humanistisk palliation: Teori, metode, etik og praksis. (red.) Jacobsen, M. H. & Dalgaard, K. M. (s. 10-24) København K: Hans Reitzels Forlag
- Kamau, C., Medisaukaite, A. & Lopes, B. (2014) *Orientations can avert psychosocial risks to palliative staff*. *Psycho-Oncology*. 2014;23 (6):716-8. <https://doi.org/10.1002/pon.3496>
- Kopp, K. (2011). *Hospicetanken*. I Ved livets afslutning - om palliativ omsorg, pleje og behandling. (red.) Birkelund, R. (s. 42-60) København NV: Aarhus Universitetsforlag
- Laugesen, M. H-L., & Lund, P. C. (2022). *Gode vibrationer: Om Hartmut Rosa som naturfilosof*. *Paradoks: tidsskrift for filosofi og teori*, s1-19. <https://paradoks.nu/2022/08/11/gode-vibrationer-om-hartmut-rosa-som-naturfilosof/>
- Løgstrup, K. K. (1982). *System og symbol: Essays*. 1. udgave. København: Gyldendal.
- , (1976/1995). *Skabelse og tilintetgørelse. Religionsfilosofiske betragtninger Metafysik IV*. 2. udgave. København: Gyldendal.
- , (1968) *opgør mod kierkegaard*
- , (1956). *Den etiske fordring*. København: Nordisk forlag A/S
- , (1942). *Den erkendelsesteoretiske Konflikt mellem den transcendentalfilosofiske Idealisme og Teologien*. København: Samlerens Forlag.
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sygeplejen*. 1. udgave, 2. oplag. Aarhus: Løgstrup Biblioteket
- , (2007). *Samtalen, skønnen og evidensen*. 1. udgave, 2. oplag. Gads Forlag
- , (2001). *Øjet og kaldet*. 2. udgave, 2. oplag. København: Munksgaard

- McNamara, Waddell, C., & Colvin, M. (1994). The institutionalization of the good death. *Social Science & Medicine* (1982), 39(11), 1501–1508.  
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90002-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90002-7)
- Moss, M. S., Moss, S. Z. (1989). Death of the very old. In K. J. Doka (red.), *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow* (s. 213–227). Lexington, MA: Lexington Books
- Nikolajsen, J. B. (2022). *Gives der en kristen etik? En kritik af Knud Ejler Løgstrups position. Teologisk Tidsskrift*, 11(3), 120–133. <https://doi.org/10.18261/tt.11.3.2>
- Nil, R., Jacobshagen, N., Schächinger, H., Baumann, P., Höck, P., Hättenschwiler, J., Ramseier, F., Seifritz, E., & Holsboer-Trachsler, E. (2010). *Burnout - Eine Standortbestimmung*. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie (Zurich, Switzerland : 1985), 161(2), 72–77.  
<https://pdfs.semanticscholar.org/f589/1aa6017b45d25aff09b83ef32e6bf6fd95.pdf>
- Qama, E., Diviani, N., Grignoli, N., & Rubinelli, S. (2022). *Health professionals' view on the role of hope and communication challenges with patients in palliative care: A systematic narrative review. Patient Education and Counseling*, 105(6), 1470–1487.  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.09.025>
- Rosa, H. (2021). *Resonans. En sociologi om forholdet til verden*. 1. udgave, 3. oplag. Frederiksberg C: Eksistensen
- ,(2020). *Det ukontrollerbare*. 7. oplag. Frederiksberg C: Eksistensen
- ,(2017). *Dynamic Stabilization, the Triple A. Approach to the Good Life, and the Resonance Conception*. *Questions de communication*. s. 437-456.
- , (2013). *Fremmedgørelse og acceleration*. 1. udgave. København: Hans Reitzels Forlag
- Saunders, C. (2021). *Bliv her og våg*. Nyborg
- Schulman-Green D, McCorkle R, Cherlin E, Johnson-Hurzeler R, Bradley EH. (2005)  
*Nurses' communication of prognosis and implications for hospice referral: a study of nurses caring for terminally ill hospitalized patients*. *Am J Crit Care* 2005(1):64–70
- Sygeplejeetisk Råd. (2014)  
[https://dsr.dk/sites/default/files/479/sygeplejeetiske\\_retningslinjer\\_2014.pdf](https://dsr.dk/sites/default/files/479/sygeplejeetiske_retningslinjer_2014.pdf)
- Viftrup, D. T, Hvidt, N.C, Boelsbjerg, H. B.,(2022) *Træt af at yde omsorg: Et aktionsforskningsstudie om, hvordan man forebygger omsorgstræthed blandt medarbejdere på hospice gennem relationsarbejde*. Videnskabelig Publikation. <https://doi.org/10.18261/ks.36.3.4>
- Wolff, J. & Leopold, D. "Karl Marx", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2021 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <https://plato.stanford.edu/archives/spr2021/entries/marx/>.

## Hjemmesider:

Den danske ordbog

<https://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=h%C3%A5b>

(sidst tilgået d. 09-05-2023 kl 13:06)

HK Fagforening

<https://www.hk.dk/raadogstoette/arbejdsmiljoe/stress/er-du-stresset/stress-og-skam>

(sidst tilgået d.22-05-2023 kl 11:35)

Nationalt Center for Etik

<https://nationaltcenterforetik.dk/etiske-temaer/aktiv-doedshjaelp-assisteret-selvmoerd-og-palliation/2013/lovgivning-om-aktiv-doedshjaelp>

(sidst tilgået d.23-04-2023 kl 11:57)

Our World in Data (verden)

<https://ourworldindata.org/grapher/self-reported-trust-attitudes?time=latest>

(sidst tilgået d. 07-05-2023 kl 15:10)

Our World in Data (Europa)

<https://ourworldindata.org/trust>

(sidst tilgået d. 07-05-2023 kl 15:03)

Projekt Grøn Familiestart

<https://aalborguh.rn.dk/afsnit-og-ambulatorier/gynaekologisk-obstetrisk-afdeling-aalborg/graviditet-foedsel-og-barsel/groen-familiestart>

(sidst tilgået d.27-05-2023 kl 15:35)

Rådet for socialt udsatte - Dødelighed og brug af sundhedsvæsenet blandt socialt udsatte mennesker i Danmark

<https://udsatte.dk/udgivelser/doedelighed-brug-sundhedsvaesnet-blandt-socialt-udsatte-mennesker-danmark>

(sidst tilgået d.24-05-2023 kl. 11:00)

Statens institut for folkesundhed

[https://udsatte.dk/files/media/document/D%C3%B8delighed%20og%20brug%20af%20sundhedsv%C3%A6snet%20blandt%20socialt%20udsatte%20mennesker%20i%20Danmark\\_SIF%20for%20R%C3%A5det%20for%20Socialt%20Udsatte.pdf](https://udsatte.dk/files/media/document/D%C3%B8delighed%20og%20brug%20af%20sundhedsv%C3%A6snet%20blandt%20socialt%20udsatte%20mennesker%20i%20Danmark_SIF%20for%20R%C3%A5det%20for%20Socialt%20Udsatte.pdf)

(sidst tilgået d.28-05-2023 kl 15:30)

Udlændinge- og Integrationsministeriet

<https://uim.dk/nyhedsarkiv/2016/marts/tilliden-er-hoejest-blandt-nydanskere-som-er-gode-til-dansk/>

(sidst tilgået d. 07-05-2023 kl. 15:33)

Ugeskrift for læger

[Danske patienter intensiverer eksistentielle tanker og religiøst liv | Ugeskriftet.dk](#)

<https://ugeskriftet.dk/videnskab/danske-patienter-intensiverer-eksistentielle-tanker-og-religiost-liv> (s.70)

(sidst tilgået d. 27-05-2023 kl. 12.25)

WHO definition af palliation

<https://www.publichealth.com.ng/who-definition-of-palliative-care/#:~:text=WHO%20Definition%20of%20Palliative%20Care.%20The%20World%20Health,means%20of%20early%20identification%20and%20impeccable%20assessment%20>

(sidst tilgået 26-05-2023 kl 09:50)

Ældre Sagen

<https://www.aeldresagen.dk/presse/maerkesager/plejehjem/fakta/beboere-paa-plejehjem>

(sidst tilgået d. 20-4-2023 kl 13:10)