

Tematisk syntese

Med analysens fortolkede resultater som præmis og med en efterfølgende rekapitulation såvel som et progressivt tilbageblik kan der nu tegnes et billede af sygeplejerskens etiske praksis med stadig reference til henholdsvis onkologisk afd. og hospice. Mere præcist afspejler analysens overskrifter en række temaer, som nu skal behandles mere etisk - filosofisk. Ideen er dels at finde og samle linjerne i analysens delkonklusioner og dels at skabe grundlag for nye tiltag i arbejdet med etik i sygeplejen.

Overordnet peger undersøgelsen på det, der fremstår som en række dualiteter i sygeplejerskers etiske praksis. Sagt med andre ord viser undersøgelsen flere gennemgående modsætninger, hvis indhold umiddelbart synes at ligge fjernt fra hinanden. I det følgende behandles disse dualiteter med blik for dialektiske sammenhænge.

Etik i og ud fra situationen

Der er forskel på den måde, sygeplejersker taler om etik, og den måde der handles i den etiske situation. Som det fremgår af analysens første del (p. 127 ff.) taler sygeplejersker på de to institutioner om etik som noget, der kan være mere eller mindre af, og som man derfor på forskellig vis kan tilføje en given situation, person eller praksis. Typisk vil en sygeplejerske eller institution mangle etik, hvor situationen er fyldt med etik. Som en fortolkning mangles der etik, når en sygeplejerske ikke handler ud fra egne eller institutionens beskrevne normer og værdier. En institution mangler etik, når arbejdsbetingelserne eller arbejdskulturen ikke tillader udfoldelsen af egne eller fælles definerede værdier (særligt på onkologisk afd.). En situation er fuld af etik, når den identificeres som vanskelig eller indeholder et dilemma. At tale om etik kan ud fra denne tolkning, psykologisk set, forløse en række frustrationer i en travl hverdag. Desuden kan etikken anvendes i en politisk forklaringsmodel. Ex: 'Tidspres, dårlig normering og arbejdsmiljø fører til manglende etik eller situationer, der er fyldt med etik'.

Det interessante er imidlertid, at når sygeplejersker i det undersøgte felt befinder sig i en etisk situation, handles der ikke ud fra tanken om etik som noget, der skal ind eller ud af en situation. Her vil sygeplejersken handle ud fra situationen, hvor etik afspejler hendes handlinger og relationen til patienten. Gennem handling er etikken således ikke en isoleret størrelse, men en spejling af mødet med patienten.

Denne umiddelbare modsætning mellem det at se etik i noget og ud fra noget synes imidlertid i første omgang at være problemfri, idet der tales og arbejdes med etik ud fra to meget forskellige kategorier, der ikke synes at modarbejde hinanden. Tales der således om etik som en isoleret størrelse, der kan være mere eller mindre af, afspejler etikken nogle kulturelt forankrede normer og værdier, der kan påvirkes og eventuelt ændres. Er etik derimod noget, der udspringer af relationen til patienten, er etikken mere tavst funderet i sygeplejerskens karakteregenskaber. Hvis jeg således spurgte sygeplejersken om en vanskelig situation, hun netop havde befundet sig i, var svarene metaforisk forbundet med hendes egne personlige egenskaber. Ex: 'Det ligger indgroet i mig', 'det ligger på rygmarven' (jf. p. 129 ff.). Dette ligger fjernt fra forståelsen af etik som en kvantitativ størrelse, men kolliderer ikke hermed i praksis.

Hvis der imidlertid skal ændres på normerne og værdierne i sygeplejens kliniske praksis, kan det synes frugtbart at fokusere på forholdet mellem etikens formelle italesættelse og den måde, sygeplejersker faktisk set handler og agerer i klinisk praksis. Der skal med andre ord peges på en mulig enhed af begrebet om og grebet i sygeplejens kliniske praksis. Som et første skridt i den retning skal der her fokuseres på undersøgelsens resultater.

Etik som begreb og/eller greb i praksis

Både på onkologisk afd. og hospice arbejdes der med værdibegreber ekspliciteret i et værdisæt eller værdigrundlag (jf. p. 110 ff.). Der eksisterer imidlertid et operationelt brud mellem værdibegreberne og det værdifulde greb i praksis, som det fremgår af analysen. Med værdibegrebet tænkes her på værdigrundlaget, hvor det værdifulde greb i praksis er sygeplejerskens handleduelighed. Dermed ikke være sagt, at værdibegreberne ikke afspejlede praksis, men værdibegreberne blev ikke anvendt som

refleksivt redskab i de vanskelige situationer. Der var imidlertid en vigtig undtagelse. På hospice medtænkte sygeplejersker i nogle tilfælde værdibegrebet 'ubetinget accept', som et af de værdibegreber, der var formuleret i det lokale værdigrundlag. Som eksempel var der på hospice indlagt en patient, der seksuelt havde forgrebet sig på datteren, hvilket udfordrede værdien 'ubetinget accept'. Et andet eksempel var en patient, der havde for vane, at ligge nøgen i sengen uden dyne over sig. I nogle situationer havde sygeplejersker således kvaler med at acceptere patienten eller patientens handlinger, typisk fordi hendes personlige grænser blev overskredet. I disse situationer blev værdibegrebet 'ubetinget accept' til et greb i praksis. Men det blev som negation. Det var således, når det var vanskeligt at acceptere patienten, at sygeplejersken forholdte sig til værdibegrebet. Værdibegreberne blev operationaliseret som et refleksivt brud med sædvanen. Et brud med det der sædvanligvis var værdifuldt – det sygeplejersken plejede at gøre. Det var med andre ord, når værdibegreberne blev udfordret, at de udvalgte sygeplejersker medtænkte disse. Det kunne være den pårørende der stjal fra patienten og på den måde udfordrede sygeplejerskens tillid. Det var patienten der gerne ville gå en tur midt om natten, hvilket sygeplejersken ikke kunne acceptere. Det kunne være patienten, der gentagne gange ikke ville vaskes, hvilket sygeplejersken ikke kunne bære ansvaret for. Det var med andre ord, når sygeplejersken ikke kunne eller ville respektere eller acceptere patienten, lægen eller de pårørende, at værdibegrebet bliver bevidstgjort, dog sjældent med reference til de formaliserede begreber. Det var, når sygeplejersken havde vanskeligt ved at være ansvarlig, faglig eller åben, at hun forholdte sig til disse begreber. Som sædvane betragtet anvendte sygeplejersker, på de to institutioner, ikke et værdigrundlag med det formål at hjælpe til handling i praksis. Det, hun i nogle vanskelige etiske situationer kunne mangle, var primært et konkret operationelt greb i den konkrete situation. Her var værdibegreberne imidlertid diffuse og abstrakte. At formulere og definere en række værdibegreber vil således allerede i udgangspunktet primært fungere som en faglig og kulturel afstemning – hvem er jeg og hvem er vi. Som et mere operationelt greb i praksis var værdibegreber, set som formaliserede begreber i et værdigrundlag, begrænsede. Som operationelle begreber skulle

værdibegreberne som minimum afspejle den situation, hvor sygeplejersken manglede fodfæste. Her havde sygeplejersken ikke behov for at vide, at hun eksempelvis skulle være ansvarlig, åben, faglig osv., da det netop var det, hun oplevede *ikke* at kunne være i situationen. Som værdibegreber har hun derimod behov for en afgrænsning af værdiernes negationer. Hvordan var hun som sygeplejerske uansvarlig, lukket, despektfuld? Dvs. både eksemplificeret deskriptivt men også normativ, hvor det at være fraværende, lukket eller ufaglig i nogle situationer kan være både rigtigt og godt. Med undersøgelsen tyder det på, at det netop er disse spørgsmål, sygeplejersken stiller sig selv i tvivlssituationer. Eksempler fra felten: 'Gør jeg nu det rigtige, når jeg ikke respekterer patientens ønske i denne situation?' 'Er jeg uansvarlig og illoyal, når jeg trodser lægens ordination?' Sygeplejersken vidste godt, hvad hun *skulle* gøre, men var i tvivl om det, hun *burde* gøre i den specifikke situation, netop fordi grundværdierne blev udfordret. På den måde blev det grænsefeltet mellem ansvarlighed/uansvarlighed, respekt/despekt osv., der skabte tvivl. Hvis de formaliserede værdier således skal bringe gavn som greb i praksis, peger undersøgelsen på, at det netop er denne grænse, der skal synliggøres ikke blot gennem værdibegreberne men særligt gennem værdibegrebernes negationer defineret både deskriptivt og normativt.

Etik som redskab og/eller egenskab

Hvad gør sygeplejersken, hvis hun befinder sig i et etisk dilemma? Som en mulig distinktion kan hun på den ene side ty til etiske retningslinjer, kodeks eller modeller som en støtte i den etiske situation. På den anden side kan hun handle ud fra personlige erfaringer, hun har gjort sig i lignende situationer og dermed lade sine dueligheder komme til udtryk i situationen. Med dette skel vil jeg i udgangspunktet distingvere mellem etiske redskaber og etiske egenskaber. Jeg vil først betragte etikken som redskab med de sygeplejeetiske retningslinjer som specialtilfælde for dels at vurdere dette redskab i lyset af de indsamlede data og dels se muligheden for en syntese i relation til sygeplejerskens karakteregenskaber.

De sygeplejeetiske retningslinjer, som de er formuleret og præsenteret af Det sygeplejeetiske Råd, har et flerfoldigt sigte (Dansk Sygeplejeråd 2005). Som et delmål er det intentionen, at retningslinjerne skal støtte sygeplejersker, der står i situationer, hvor der skal træffes etiske valg (Ibid. p. 10). Mere kategorisk skriver formanden for Det sygeplejeetiske Råd, Edith Mark, i forordet til retningslinjerne, at retningslinjerne både skal bevidstgøre, vejlede og forpligte medlemmerne af DSR i forhold til sygeplejeetik (Ibid. p. 6). Videre hedder det:

'De sygeplejeetiske retningslinjer er følgelig et udtryk for (...) en hjælp, når sygeplejersken overvejer eller kommer i tvivl om, hvordan patientens muligheder og fagets potentialer bedst fremmes' (Ibid. p. 7).

Det forhold at retningslinjerne er tænkt som et konkret arbejdsredskab, er endvidere ekspliciteret i følgeteksten (Ibid. p. 8). Mere præcist er de sygeplejeetiske retningslinjer formuleret som en række normative pligter, der i punktform er kategoriseret under fire overskrifter. De fremsatte pligter skal imidlertid ikke være det første, sygeplejersken tyr til. Det sygeplejeetiske Råd ekspliciterer således, at sygeplejersken bør forholde sig omsorgsetisk i menneskelige relationer og spontant handle til patientens bedste (Ibid. p. 8). Det formodes, at der med omsorgsetikken her refereres til Kari Martinsen og/eller Nel Noddings, der begge bygger deres omsorgsetik på en fænomenologisk tradition, hvor relationalitet og spontanitet står centralt. De sygeplejeetiske retningslinjer skal først fungere som pligt, hvis omsorgsetikken svigter eller bliver uklar (Ibid.). Her får sygeplejersker til gengæld brug for retningslinjer, som det hedder (Ibid.). Der opstår her et interessant forhold, idet omsorgsetikken vil kunne kategoriseres som en nærhedsetik eller relationsetik (Nyeng 2000). Samtidig behandler Det sygeplejeetiske Råd ikke blot generelle men også konkrete etiske problemstillinger, som rådet opfordrer sygeplejersker til at sende til rådet. Rådet formulerer det således:

'... vi har mulighed for at komme med en egentlig vejledende udtalelse om, hvorledes vi mener, at problemstillingen kan gribes an. Herunder hvilke etiske overvejelser der er *relevante*, og hvilke

af de sygeplejeetiske retningslinjer der er i spil' (Dansk Sygeplejeråd 2005 p. 19) (mine kursiveringer).

Men hvordan er der overensstemmelse mellem denne af rådet velmente vejledning og den omsorgsetiske grundantagelse? Rådets medlemmer vil således altid være løsrevet fra både situationen, men også den kultur sygeplejersken lokalt afspejler. Alligevel opretholdes den rådgivende og vejledende funktion, hvor rådet peger på de overvejelser, der er relevante i forbindelse med den konkrete problemstilling. Her kan det fremhæves, at retningslinjerne og rådets vejledning vil kunne styrke sygeplejersken, når hun vender tilbage og virker relationelt og situationelt. Denne omstændighed kan imidlertid let fortone sig i en teoretisk diskussion om, hvordan og hvorvidt pligten opstår, når omsorgsetikken ikke råder. Her skal i stedet fokuseres på de sygeplejeetiske retningslinjer som et muligt redskab i sygeplejerskens kliniske praksis.

Benjamin & Curtis (1992) har fremhævet, at etiske retningslinjer kan forsvare modsatrettede handlinger i den konkrete praksis. Undersøgelsen underbygger denne pointe og kan illustreres gennem et eksempel fra onkologisk afd. En yngre sygeplejerske drager omsorg for en terminalpatient, hvor det er svært at smertelindre patienten til et tåleligt niveau. For patienten er situationen uudholdelig, og hun udtrykker et ønske om at fremskynde døden. Hvis sygeplejersken medtænker de danske retningslinjer som et redskab i denne situation, vil hun bl.a. kunne læse følgende:

2.1 Sygeplejersken skal medvirke til at lindre lidelse og bistå til en værdig død

Sygeplejersken må ikke medvirke til behandling, der alene har til hensigt at fremskynde en patients død (Dansk sygeplejeråd 2005, p. 11).

Umiddelbart kan ovenstående to formuleringer stride mod hinanden, hvor man her vil kunne forsvare flere forskellige handlinger i situationen. Man vil givetvis kunne definere sig ud af denne tvetydighed, bl.a. i definitionen af 'værdig død', 'medvirke til' og 'alene', men pointen er, at sygeplejersken i udgangspunktet kan komme i tvivl, når

dette redskab skal bruges i den konkrete situation. Mere generelt gælder dette for flere af de værdibegreber, som er indeholdt i retningslinjerne (ansvarlighed, mod, respekt og troværdighed). Begreberne står centralt, men kan tolkes i flere forskellige retninger. Hvilken praksis henvises der eksempelvis til, når det fremhæves, at sygeplejersken skal udvise respekt? Stort set alle sygeplejehandlinger vil kunne afsluttes med et '... fordi jeg respekterer dig som person'. Men her står vi ved den kerneproblematik, som undersøgelsen reflekterer. Hvis retningslinjerne er så generelle og abstrakte, at de gælder for alle sygeplejersker, vil de ikke kunne anvendes i den konkrete situation uden omfattende fortolkninger. Sådanne retningslinjer vil kunne vinde bred accept, men kun pga. deres flertydighed som tillader sygeplejersker at opretholde divergerende og kontrasterende holdninger. Retningslinjerne vil således mere eller mindre tavst blive tolket i overensstemmelse med egne grundpositioner og principper i forbindelse med kontroversielle emner. Hvis man på den anden side forsøger at skitsere nogle meget specifikke retningslinjer med det mål at indfange langt de fleste dilemmaer, som kan opstå i sygeplejens praksis, vil der opstå mindst to problemer. For det første vil retningslinjerne ikke kunne undgå at være et partsindlæg i debatten om kontroversielle spørgsmål og vil dermed ikke kunne vinde bred accept. For det andet vil retningslinjerne i så fald omfatte flere bind, hvilket gør dem uigennemskuelige og vanskelige at håndtere. Hvad enten man formulerer generelle eller specifikke retningslinjer, vil de således være ubrugelige eller i bedste fald et redskab, der ikke stemmer overens med hensigten.

Robert Veatch har fremført en anden vigtig problemstilling forbundet med de etiske retningslinjer (1981, p. 79-107). De sygeplejeetiske retningslinjer gælder kun for sygeplejersker, men den etiske situation berører altid andre personer og faggrupper i forskelligt omfang. Det er således svært at se, hvorfor patienter, pårørende og læger skal kunne se sig selv forbundet med sygeplejerskens handlinger, der er motiveret af et regelsæt, der udelukkende er godkendt af sygeplejersker.

Når de etiske redskaber ses i modsætning til de etiske egenskaber hos sygeplejersken kan undersøgelsen pege på endnu et argument i diskussionen om de

etiske retningslinjer. Argumentet angår etikens kontekstualitet og personafhængighed. I retningslinjerne præsenteres følgende imperativ:

2.3 Sygeplejersken skal respektere patientens valg, herunder patientens ret til at fravælge selvbestemmelsesretten (Dansk Sygeplejeråd, p. 11).

Denne regel, som i forskellige varierende formuleringer er inkluderet i de fleste fagets retningslinjer, må såvel som flere andre punkter nødvendigvis have tilført et *ceteris paribus*. Der er således en lang række situationer, hvor det vil være åbenlyst forkert, hvis sygeplejersken respekterede patientens valg, med mindre man tolker begreberne 'selvbestemmelsesret' og 'respekt' meget bredt (tautologisk). Jeg erfarede således flere gange, hvordan sygeplejersker på onkologisk afd. og hospice handlede mod patientens vilje, uden at dette nødvendigvis blev problematisk. Det kunne være i mødet med den kognitivt forstyrrede patient, eller i situationen hvor sygeplejersken på anden måde ikke var i tvivl om nødvendigheden af en paternalistisk handling. Hertil skal det siges, at netop patientautonomi var et typisk udgangspunkt for en lang række etiske dilemmaer, som det fremgår af analysen. Hvis patientautonomien således bliver en normativ pligt gennem de sygeplejeetiske retningslinjer, vil det ikke afspejle praksis. Pointen er, at *de kontekstuelle forhold i klinisk praksis får større vægt og betydning end de generelle pligter kan rumme*. Lad mig her præsentere et simpelt eksempel. Jeg sidder og spiller ludo med min fireårige datter, hvor det er første gang, hun introduceres til spillet. Jeg forklarer hende reglerne, hvorefter vi påbegynder spillet. Efter kort spilletid slår jeg hende hjem med min ludobrik. Et minut efter tilsiger reglerne, at jeg endnu en gang skal slå hende hjem med henvisning til mit terningekast. Det vælger jeg imidlertid ikke at gøre, da situationen fortæller noget andet. I dette første spil vil jeg gerne opretholde min datters lyst til spillet, hvorfor jeg vælger at flytte med en anden brik. Generelt set er det sjovest for alle parter, hvis reglerne følges, men denne situation tilsagde noget andet. Analogt (og uden sammenligning i øvrigt) vil situationen, hvor sygeplejersken befinder sig, altid have et specifikt indhold, der i nogle tilfælde kræver et regelbrud. Retningslinjerne omtaler patienten i generelle termer, men sygeplejersken møder Marianne med brystkræft eller Ole med

testikelkræft osv. Ofte vil selve situationen skabe en undtagelse for reglen. Og som det vigtigste – det er netop undtagelsen for reglen, der rammer kernen i sygeplejerskens dilemma. Med andre ord handler sygeplejersken sædvanligvis ansvarligt, fagligt, loyalt, solidarisk og med respekt for patientens autonomi osv. Men i det specifikke etiske dilemma opstår en anden begrundet mulighed. Den konkrete situation vil med andre ord i sig selv give sygeplejersken en pligt, der om muligt vil være i modstrid med de sygeplejeetiske retningslinjer. Man kan således anføre, at pligterne skal tilføres et *ceteris paribus*, eller at pligterne har *prima facie* karakter. Dette vil imidlertid svække de i forvejen generelle pligter, hvor forbeholdet bliver mere synligt end selve indholdet.

Den empiriske undersøgelse viser, at de sygeplejeetiske retningslinjer ikke blev anvendt som redskab i det undersøgte felt, hverken som vejledning til handlinger, som refleksionsredskab eller som oplæg til dialog på institutionen. Særligt blandt sygeplejersker over 45 år var der flere, der ikke kendte til eksistensen af retningslinjerne. De sygeplejersker, der mere generelt kendte til eksistensen af retningslinjerne, kendte ikke indholdet. Desuden var der blandt sygeplejerskerne ingen tro på, at et muligt kendskab ville sætte dem i stand til at anvende retningslinjerne som redskab i tilknytning til det etiske dilemma.

Sygeplejersker på onkologisk afd. og hospice forsvarede imidlertid de etiske retningslinjers berettigelse. Som præsenteret under analysen og den efterfølgende rekapitulation har de etiske retningslinjer dels en funktion i forbindelse med professionsidentiteten og ikke mindst profileringen af faget og dels en mere indirekte funktion som redskab i forbindelse med de etiske dilemmaer. Angående professionsidentiteten udtrykte en sygeplejerske på hospice sig på følgende måde under et fokusgruppeinterview: 'Jamen de afspejler jo dem, vi er, og det vi står for'. Det forhold, at de udvalgte sygeplejersker ikke havde kendskab til indholdet, fik således ikke den store betydning. Det, at der i fagligt regi (DSR) skabes enighed om grundværdierne i sygeplejen, virker betryggende særligt i en ombrydningstid, hvor sygeplejens teori og praksis er under forandring. Hvis sygeplejerskerne derfor var i tvivl om det, 'vi' står for, kan de frekventere retningslinjerne. Værdien lå i, at de *kunne*

frekventere retningslinjerne og ikke i, at de gjorde det. Retningslinjernes identitetsskabende og regulerende værdi er flere steder afspejlet i retningslinjerne. Formanden Edith Mark skriver således i sin introduktion: 'Når vi taler så meget om etik (...), så skyldes det måske, at vi er kommet i tvivl om, hvad der er god fagtradition, og hvor vi bevæger os hen (...) De sygeplejeetiske retningslinjer er følgelig et udtryk for gode fagtraditioner (og) gode intentioner for sygeplejen (Dansk Sygeplejeråd 2005, p. 6-7). I selve retningslinjerne hedder det desuden i det sidste punkt 3.7: 'Sygeplejersken skal værne om fagets omdømme' (Ibid. p. 12). Betragtes retningslinjerne med den funktion at skulle skabe og bære en identitet og kultur, kan undersøgelsen bekræfte denne funktion i praksis. Værdien ligger i, at retningslinjerne eksisterer, men ikke at de bruges direkte.

Spørgsmålet er nu, hvor vejen går fra retningslinjer, som fagbevarende funktion til retningslinjer set som redskab i den konkrete situation. Her viser undersøgelsen, at der ikke går en lige linje fra retningslinjerne til udmøntningen af samme i klinisk praksis. Retningslinjerne skal først 'dyrkes' i klinisk praksis. Vel at mærke ikke som retningslinjer, men som den kultur disse retningslinjer i større eller mindre grad afspejler. De lokale normer og værdier bliver med andre ord ufravigelige, som en mere eller mindre tavs personlig egenskab. I situationen kan sygeplejersken også frekventere retningslinjerne og lade etikken være et redskab. Det gjorde sygeplejersker i felten imidlertid ikke, men var til gengæld trygge ved muligheden for at kunne gøre det. Lad mig præsentere pointen mere illustrativt (jf. fig. 5.1).

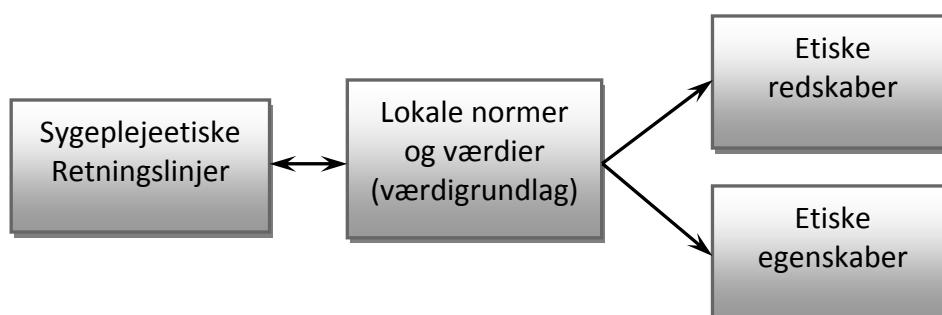


Fig. 5.1: Forbindelsen mellem de sygeplejeetiske retningslinjer, lokale normer og værdier og den etiske praksis udfoldet i etiske redskaber og egenskaber

Den illustrerede pointe understreger, at der ikke går en lige linje fra de sygeplejeetiske retningslinjer til sygeplejerskens handling i det undersøgte felt. Forbindelsen sker som en afstemning i forhold til de lokale institutionelle normer og værdier. Forbindelsen mellem retningslinjerne og værdigrundlaget på institutionen er ikke synlig i det undersøgte felt. Ikke sådan at forstå at retningslinjerne ikke nødvendigvis afspejlede lokale kulturelle forestillinger, men fordi der ikke skete nogen afstemning. Dette kan bl.a. skyldes, at retningslinjerne var generelle, at de let blev tautologiske i den konkrete praksis, hvorfor den relevante kulturelle afstemning blev uvedkommende, udover som tidligere nævnt at kunne fungere som faglig profilering udadtil. Ikke desto mindre synes de lokale kulturelle forestillinger at være et nødvendigt bindeled på vejen til retningslinjernes praksisanvendelse.

Figuren illustrerer nogle sammenhænge, hvor flere af de indeholdte aspekter er ubekendte. Her tænkes særligt på forbindelsen mellem de lokale normer og værdier på den ene side og de etiske redskaber og personlige egenskaber på den anden side. I første omgang skal det kort nævnes, at de lokale normer og værdier ekspliciteres som muligt redskab i et lokalt formuleret værdigrundlag. Sammenhængen mellem de lokalt funderede normer og værdier og sygeplejerskens etiske egenskaber er imidlertid mere kompleks, men skal belyses ud fra sygeplejerskens refleksioner og handlinger. Først skal den sidste dualitet fra undersøgelsen imidlertid understrege vigtigheden af de lokale normer og værdier som en vigtig medspiller i den etiske praksis.

Etik som nødvendighed og/eller omstændighed

Når sygeplejersker på de to institutioner taler om etik, sker det både i omtalen af etik som en nødvendighed, men også som en omstændighed. Etik er både noget, vi bør fokusere på, arbejde med, udvikle og inddrage. Samtidig er etik en afspejling af det, vi gør, og det vi er. Også her synes der at eksistere en dualitet på baggrund af analysens resultater. Der består imidlertid den forskel, at når sygeplejersker taler om etik som en nødvendighed, er det i kaffestuen eller på kontoret, hvor betingelser og vilkår for arbejdet diskuteres. Særligt på onkologisk afd. blev etik ofte omtalt som en nødvendighed. Det interessante er her, at når etikken bliver en nødvendighed, skabes

der samtidig mulighed for en frasingelse af ansvar. Med etikken som nødvendighed er der med andre ord nogen, der skal 'gøre noget ved det', hvilket ikke nødvendigvis inddrager den enkelte sygeplejerske.

Hvis sygeplejersken derimod identificerer etikken som en omstændighed, er det i reglen i forbindelse med den konkrete situation, hvor situationen identificeres ud fra nærmere bestemte normer og værdier. Etikken er med andre ord en omstændighed ved situationen eller den handling, der binder sig hertil. Når sygeplejersken taler om etik som en omstændighed, handler hun i situationen, men forbliver passiv når etik identificeres som en nødvendighed. Denne dualitet tolker jeg imidlertid som en sproglig adskillelse baseret på etikkens sproglige kompleksitet. I klinisk praksis afspejler etikkens nødvendighed og omstændighed sig i to sammenhængende niveauer. Når der tales om etikkens nødvendighed i generelle termer, er det en kritik af de rammer og betingelser sygeplejersker arbejder under på institutionen. Rammer og betingelser der politisk og organisatorisk afføder nogle vaner, som ikke nødvendigvis stemmer overens med de værdier, som afdelingen forsøger at holde i hævd i form af det formulerede værdigrundlag. Etikkens omstændighed er en udmøntning af denne kultur i en konkret situation, hvor talen om etik her bliver en mere konkret bestemmelse af situationens indeholdte værdier.

Når jeg nævner både adskillelsen og senere sammenhængen mellem etikken udtalt som nødvendighed og omstændighed, er det her for at understrege kulturens betydning som en afspejling af etikkens praksis på de to institutioner. Afstemning af normer og værdier er en helt central del af håndteringen af de etiske situationer på henholdsvis onkologisk afd. og hospice.

*'For at studere det Ethiske, er ethvert Menneske anviist sig selv.
Han selv er sig i denne Henseende mere end nok, ja han er det eneste Sted,
hvor han med sikkerhed kan studere det' (Kierkegaard 2002 p. 132)*

Etik som refleksion og handling

Som et kernepunkt i undersøgelsen af sygeplejerskers etiske praksis skal der nu præsenteres et mere samlet billede af sygeplejerskers etiske refleksioner og handlinger med stadig reference til onkologisk afd. og hospice. I det følgende præsenteres først skellet mellem den etiske situation og det etiske dilemma som første forståelse af forholdet mellem refleksion og handling. Dernæst præsenteres et mere dynamisk billede af forholdet mellem etisk refleksion og handling set gennem sygeplejerskens erfaringer. Slutteligt præsenteres et samlet billede af sygeplejers etiske praksis som en syntese af refleksion og handling.

Den etiske situation og det etiske dilemma

Sygeplejersker, der arbejder på onkologisk afd. og hospice, arbejder på en etisk fabrik. Det oser langt væk af store værdier såsom respekt, anstændighed, værdighed, engagement og tillid, og der opstår en lang række etiske dilemmaer, som sygeplejersker og patienter gennemlever dag efter dag. Men der er stor forskel på, hvornår, for hvem og i hvilket omfang sygeplejersken selv oplever at stå i et etisk dilemma.

Patientsituationer, hvor sygeplejersken drager omsorg for patienten, vil altid afspejle en række værdier. Situationer hvor sygeplejersken på professionel vis lægger vægt på at udvise tillid og respekt. Disse situationer har jeg identificeret som etiske situationer (jf. p. 8). Situationer der for sygeplejersken er hverdagssituationer. Under feltstudierne skete det således ganske ofte, at jeg mærkede, hvordan luften på stuen ikke var til at skære igennem, og hvor livet og døden mødte hinanden, som var der opræk til tordenvej. I flere af disse situationer erfarede jeg ofte, hvordan sygeplejersken fungerede som en forankret ledsager midt i patientens mentale

stormvejr. Når jeg efterfølgende selv fik vejret og spurgte sygeplejersken om hendes oplevelser og erfaringer, smilede hun ofte med variationer af udtrykket: 'Det tænker jeg ikke så meget over'. Sagt med andre ord var de etiske spørgsmål og de etiske dilemmaer mere eller mindre konstant i mit synsfelt uden dermed at være en del af sygeplejerskens bevidsthed.

I nogle situationer blev der for de udvalgte sygeplejersker skabt et brud i den mere eller mindre sædvanebestemte praksis. Hun var ikke længere nærværende og forankret i situationen og kunne derfor ikke ledsage patienten på et sikkert grundlag. Hun var med andre ord i tvivl om den handling, hun havde udført eller skulle udføre. Denne tvivl var forbundet med det valg, som situationen krævede af hende. Et valg mellem mindst to handlingsalternativer, hvor hver handling afspejlede en række grundværdier. Dette identificerede jeg som et etisk dilemma. Dog var det langt fra altid sygeplejersken, der selv anvendte denne identifikation. Ofte talte hun blot om situationen som 'vildt svær' eller så sig selv som 'meget i tvivl'.

Som det fremgår af analysen, kan disse etiske dilemmaer opstå i meget forskellige situationer. Jeg har specielt fokuseret på to grundkonflikter. Dels værdikonflikten mellem autonomi og paternalisme og dels værdikonflikten mellem solidaritet og loyalitet. Som det afgørende skal der her fokuseres på selve grænsen mellem den etiske situation og det etiske dilemma. Hvad sker der på grænsen mellem sygeplejerskens forankrede praksis og den situation, hvor sygeplejersken mangler fodfæste og er rådvild i valget mellem flere handlinger? Denne overgang er kendetegnet ved et brud med sædvanen. Fra at handle ud fra erfaringsbaserede vaner peger situationen ikke længere på et sikkert mål eller middel. De sygeplejersker, jeg fulgte, trak sig mentalt ud af situationen for at kunne se situationen udefra. Det er først her, sygeplejersken selv oplever situationen som et etisk dilemma. Det kom til udtryk på flere måder. Verbalt i udtryk såsom: 'Det kørte rundt i hovedet på mig', 'Jeg tænkte som en gal', 'Jeg vidste hverken ud eller ind', 'jeg forsøgte at gribe fat i et eller andet'. Som observation blev det erfaret, hvordan sygeplejersken ofte fik et stirrende blik og blev mentalt fraværende (jf. p. 135 ff.).

Der var flere af de yngre sygeplejersker, som oplevede at befinde sig i et etisk dilemma set i forhold til deres ældre kolleger. Som nævnt i analysen kan dette være grundet i mange forhold (jf. p. 171 ff.). Her skal særligt fokuseres på alder og dermed også erfaring, som ikke blot var en del af undersøgelsens udvalgskriterium, men samtidig den parameter, som undersøgelsen mere generelt udpeger som den tydeligste grænse mellem den etiske situation og det etiske dilemma. De udvalgte sygeplejersker talte således selv om erfaring som et grundlag for håndtering af de etiske situationer. Desuden gav sygeplejersker selv udtryk for manglende erfaring med 'sådan en situation', når hun befandt sig i et etisk dilemma. Dermed ikke sagt at erfaring i sig selv kan opløse de etiske dilemmaer. Det skal blot understreges, at der er noget der tyder på, at erfaring er en vigtig del af forståelsen af det brud, der sker i overgangen mellem den etiske situation og det etiske dilemma.

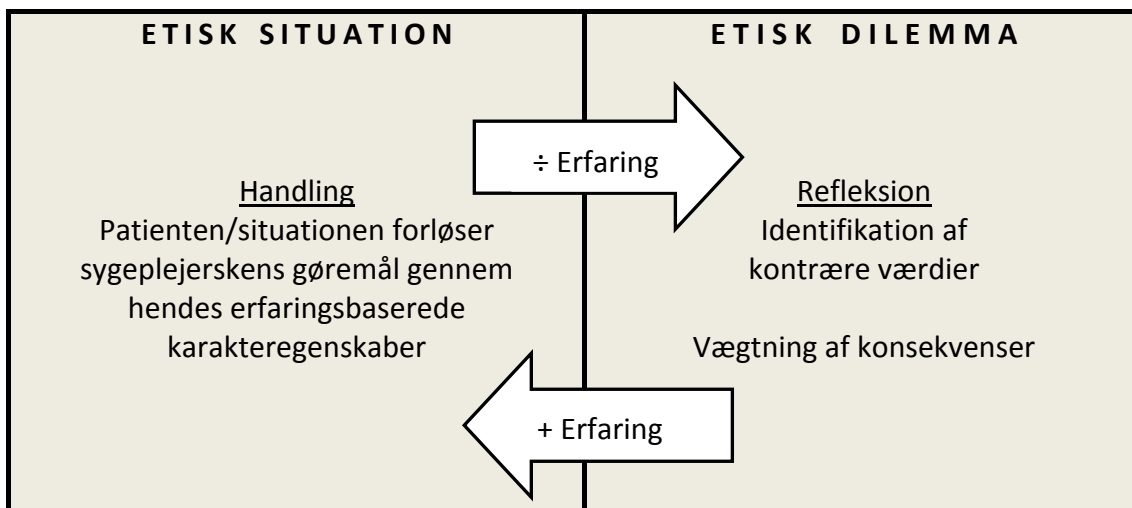
Det er netop i overgangen mellem den etiske situation og det etiske dilemma, at der samtidig viser sig en række karakteristika for de udvalgte sygeplejerskers etiske refleksioner og handlinger.

Refleksion og handling

Forholdet mellem refleksion og handling kan illustreres gennem et tidligere omtalt eksempel (p. 162 ff.). Jeg følger en erfaren sygeplejerske i aftenvagt på onkologisk afd. Blandt flere patienter varetog sygeplejersken plejen af en patient med fremskreden kræft, som denne aften havde besøg af kone, børn og børnebørn (i alt 9 personer). Støjniveauet var relativt højt. I sengen ved siden af lå en patient, som var stærkt afkræftet pga. lungebetændelse. I denne situation identificerer jeg et dilemma i forholdet mellem sygeplejerskens solidaritet med den stærkt afkræftede patient og loyaliteten over for patienten, der havde besøg af familien. Men sygeplejersken oplevede ikke et dilemma. Meget rammende sagde sygeplejersken efterfølgende: 'Ofte fortæller situationen mig, hvad der er rigtigt og forkert... hvis jeg er i tvivl, får jeg det at vide af patienten'. Her var det med andre ord patienten og hele patientsituationen, der fortalte sygeplejersken, hvad hun burde gøre her. Men hvad er det mere præcist situationen 'taler' til, aktiverer eller på anden måde bringer frem hos

sygeplejersken? Som muligt svar udtrykker en sygeplejerske på hospice sig på følgende måde under et fokusgruppinterview: '... jeg står ikke og tænker... den her situation minder mig om noget, jeg oplevede for to år siden... det er situationen, der bringer det frem. Det er det, der er foran mig, der kalder på det, jeg skal'. Ud fra denne udtalelse var den etiske handling således baseret på sygeplejerskens tilstedeværelse i situationen. Men det var ikke ligegyldigt, hvilken sygeplejerske der var tilstedeværende i situationen. For nogle sygeplejersker forløste situationen ikke et gøremål. Mere præcist kunne der mangle nogle erfaringsbaserede karakteregenskaber. Erfaringer bringes ikke bevidst frem i situationen, som sygeplejersken fremhævede. Det var erfaringer, der var blevet en mere eller mindre ufravigelig del af hendes karakter. Egenskaber de udvalgte sygeplejersker selv identificerede som intuition. Inden vi når til en nuancering af dette sidste forhold, skal det her understreges, at den spontane etiske handling i den etiske situation sker i tæt relation til patienten/situationen.

Hvis sygeplejersken oplever den etiske situation som et etisk dilemma, vil hun begynde at reflektere. Hun befinder sig her i et forhold til situationen, hvor divergerende værdier identificeres, og hvor forskellige handlinger vægtes ud fra konsekvenserne. Her vil egne og ikke mindst kollegers erfaringer blive inddraget, men det sker bevidst og med tanke på situationen. I det etiske dilemma slipper hun grebet om situationen og begynder at anvende begreber for herigennem at kunne genfinde rodfæste i situationen. Dels generelle prædikater såsom rigtigt, forkert og godt og ondt, men også mere specifikke værdidomme gennem negationerne: uansvarlighed, uanstændighed, uærlighed, mangel på respekt etc. Denne begrebsliggørelse af det etiske dilemma giver sygeplejersken en erfaring i netop denne situation. Denne første identifikation af forholdet mellem etisk refleksion og handling er illustreret i figur 5.2.



Figur 5.2: Forholdet mellem etisk refleksion og handling som et erfaringsbaseret forhold

Med undersøgelsen skal der gennem figuren understreges to pointer. Forholdet mellem den etiske situation og det etiske dilemma er samtidig et forhold mellem den etiske handling og de etiske refleksioner. I den etiske situation handler sygeplejersken. I det etiske dilemma reflekterer sygeplejersken. Her skal de etiske refleksioner forstås som en negation til, eller en deprivation af, den etiske handling. De etiske refleksioner opstår med andre ord spontant som et forhold til situationen, fordi sygeplejersken ikke er handlingsduelig i situationen. Hun mangler erfaring med lignende situationer, hvilket illustreres af figurens øverste pil. Når sygeplejersken har forholdt sig til situationen, vil det etiske dilemma ikke være løst, men hun vil gå gennem situationen med ny erfaring, hvilket illustreres af figurens nederste pil. Ovenstående pointer implicerer bl.a., at etiske dilemmaer ikke kan tilføres objektivt status i den konkrete praksis, hvor noget pr. definition er et etisk dilemma, men skal ses ud fra den sygeplejerske, der konkret erfarer situationen, med den erfaring og karakter, som hun udtrykker. Figuren afspejler imidlertid en lang række uløste spørgsmål, hvor der som det vigtigste stadig mangler en præcisering af den måde, sygeplejersker handler og reflekterer på de to institutioner.

Sygeplejerskens etiske praksis

Det grundlæggende forhold, at de etiske refleksioner fungerer som en negation i forbindelse med de etiske dilemmaer, synes at stå centralt i forståelsen af sygeplejerskers etiske praksis. Dette betyder ikke, at der hverken kan eller bør appelleres til etisk refleksion i sygeplejens etiske praksis. Som en beskrivelse af etisk praksis på de to institutioner kan det imidlertid bekræftes, at etisk refleksion finder sted som et brud med en handling og først sekundært som et udgangspunkt for en handling. I det følgende skal det præciseres, hvad den etiske refleksion er et brud med.

Prærefleksiv dømmekraft

I tilknytning til håndteringen af de etiske dilemmaer talte de udvalgte sygeplejersker om intuition eller kropslige fornemmelser (ex. mave, fingerspids, rygmarv, huden). Det er denne evne som her identificeres som en prærefleksiv dømmekraft. Når ordet prærefleksiv anvendes, er det for at betone det non-refleksive element. Samtidig var sygeplejerskens handling prærefleksiv i den forstand, at den etiske handling gik forud for refleksion. Dømmekraften var sygeplejerskens evne til at vurdere målet og midlet i den konkrete etiske situation. Det var denne dømmekraft, der kom til udtryk, når sygeplejersken nævnte, at situationen fortalte, hvad det var rigtigt og forkert. Situationen gav målet, hendes erfaring var midlet. Et eksempel fra hospice kan illustrere denne pointe, hvor en erfaren sygeplejerske varetog plejen af en døende kvindelig patient, som var midt i halvtredserne. Ægte manden sidder på en sofa i den modsatte ende af værelset og læser avis. Stående indleder sygeplejersken en samtale med patienten om andagten senere på dagen. Patienten får imidlertid hurtigt gråd i stemmen. Ægte manden lægger avisen fra sig, men bliver siddende på sofaen. Ægte manden virker påvirket, idet han rødmer, og det observeres hvordan han skælver. Sygeplejersken går hen til ægte manden og sætter sig med siden til, men fastholder øjenkontakten med patienten. På denne måde indleder sygeplejersken en samtale med patienten og ægte manden. Dialogens indhold kommer hurtigt til at berøre datterens fravær. Datteren har således kun besøgt moderen en enkelt gang i den terminale fase. Da jeg efterfølgende taler med sygeplejersken på gangen udtrykker

hun, at hun kunne se, det var vigtigt at få talt sammen. 'Jeg var med til at sætte en samtale i gang mellem patienten og ægtemanden'. Jeg spørger efterfølgende, hvorfor hun sad med siden til ægtemanden. Hertil replicerer sygeplejersken: 'Min erfaring er den, at kvinder taler man bedst med ansigt til ansigt, mænd får man bedst i tale med siden til'. Sidstnævnte erfaring kom spontant til udtryk, da sygeplejersken satte sig i sofaen. Sygeplejersken tænkte ikke over denne erfaring. Hendes erfaring var imidlertid et middel i situationen. Målet erfarede hun i situationen, hvilket var det mål at få etableret en samtale mellem ægteparret.

Normer og værdier

Som et andet essentielt element peger samtaler med sygeplejersker i felten på hvordan kulturelt betydningsfulde normer og værdier produceres gennem diskussion og forhandling. Disse normer og værdier blev dels formaliseret gennem institutionens værdigrundlag og dels rodfæstet gennem værdidomme afstemt mellem kolleger. 'Sådan gør vi her' er således et sprogligt udtryk for en kontinuerlig afstemning mellem sygeplejersker. I en kaffepause talte jeg med en sygeplejerske på onkologisk afd., som udtrykte det på følgende måde:

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

De kulturelt betydningsfulde normer og værdier skabte med andre ord en række handlemuligheder og -begrænsninger, der kontinuerligt afstemmes blandt kolleger både i forbindelse med formelle møder og mere uformelle dialoger kolleger imellem. I omtalen af afdelingens værdier på hospice udtrykte en sygeplejerske sig på følgende måde:

... det er noget, der kommer gennem de diskussioner, vi har, hvor vi hver især sender sådan nogle prøveballoner op, hvor vi spørger 'hvad synes I om det' eller hvis jeg fremlægger et eller

andet, og der så er en, der siger... 'nej nu må du lige... prøv nu at høre, det var jo ikke sådan, jeg mente det'... og det er der, jeg tror, vi bliver rustet til praksis.

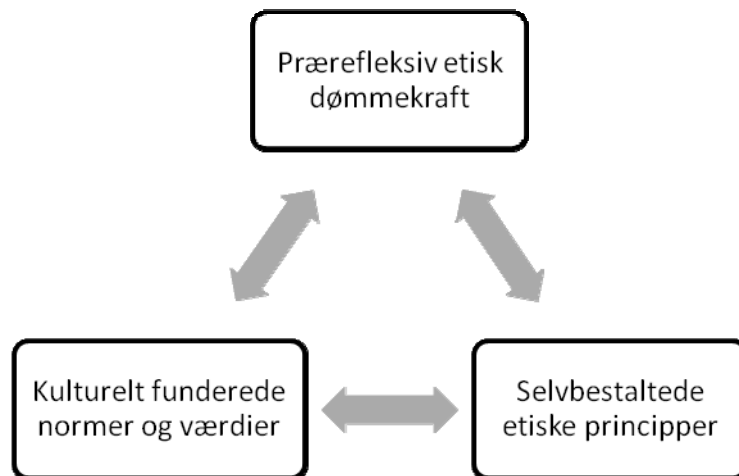
Når en sygeplejerske bliver ansat på enten onkologisk afd. eller hospice, påbegyndes en ansættelsesperiode, som ikke kun er af formel art, men som samtidig fungerer som en kulturel afstemning af normer og værdier. En ledende sygeplejerske på onkologisk afd. udtrykker det på følgende måde: 'Vi finder hurtigt ud af, om kemien passer'. Ligeledes fortæller en sygeplejerske, der har arbejdet på hospice gennem mange år: 'Enten holder de kun et halvt til et helt år, eller også bliver de i mange år... de skal kunne passe ind her'. Som etisk praksis sliber sygeplejersker således på hinandens normer og værdier på de to institutioner. Sygeplejersker får skik på hinanden, så hver enkelt træder frem som kategoriseret skikkelse. Den etisk-kulturelle tilpasning på institutionerne sker således som afstemning mellem fælles skik og individuel skikkelse. I nogle tilfælde bliver der sågar høvlet og rettet kanter af. At være uetisk er i denne forstand at være kulturelt ubehøvlet. Eller sagt med andre ord: Hvis sygeplejersken ikke er/bliver tilpasset afdelingen, anses hun for at være uetisk. Det ligger imidlertid uden for rammerne af dette projekt at udarbejde en mere bredt orienteret kulturanalyse. Her skal blot fokuseres på de lokale normer og værdier, der skaber handletilbøjeligheder i den etiske situation.

Selvbestaltede etiske principper

Som et tredje element i den etiske praksis fremstår sygeplejerskens selvbestaltede etiske principper. Grundprincipper, som ikke primært er kulturelt dyrkede, men en dyrkelse af egen karakter. Der kan således skelnes mellem kulturelt betydningsfulde normer og værdier, der skabes og genskabes i arbejdslivet, og normer og værdier der skabes i privatlivet. Etiske principper kan således både være skabt inden for og uden for det faglige felt, dvs. både gennem ens arbejdsliv og privatliv. Et par eksempler kan illustrere pointen. En sygeplejerske på hospice havde i sin ungdom været indlagt på hospitalet, hvor det fik stor værdi for hende at få vasket hår i sengen. Dette skabte senere et princip i hendes arbejde, hvor hun altid tilbød patienter at få vasket hår. En sygeplejerske på onkologisk afdeling havde våget for sin far gennem et længere

sygdomsforløb, hvor de nåede at 'komme rigtig tæt på hinanden', som sygeplejersken udtrykte det. Dette medførte, at hun senere i sit arbejde begyndte at vurdere kontakten til de pårørende meget højt. En vurdering der skabte et princip om hurtigt at kontakte de pårørende under indlæggelsen. En sygeplejerske på hospice havde oplevet et barn være syg gennem længere tid, hvor kontakten til barnet blev særlig tæt. Bl.a. af den grund vurderer hun patientens kontakt til børnene meget højt. En sygeplejerske havde genfundet troen efter et langt sygdomsforløb, hvilket medførte en nyorientering i relation til hendes arbejde. Her fik den åndelige omsorg en større plads, hvilket skabte en række principielle handletilbøjeligheder. Disse eksempler vidner om, hvordan stærke erfaringer i privatlivet kan føre værdier med ind i arbejdslivet. De mest typiske handleprincipper skabes imidlertid gennem erfaringer i arbejdslivet. Svære patientforløb som alle sygeplejersker på onkologisk afd. og hospice kan berette om. Forløb der skaber nogle erfaringer, som pløjer sig ind i karakteren på sygeplejersken. Alle involverede sygeplejersker kunne således berette om erfaringer, der havde 'sat sig fast', ikke blot som en mulig erindring, men som et princip til efterfølgelse. Et eksempel er en erfaren sygeplejerske (over 45 år) på hospice, som jeg talte med i en aftenvagte. Samtalen var lokaliseret på kontoret, hvor jeg spørger til det særligt udfordrende ved arbejdet på hospice. Hun svarede gennem et eksempel. En patient var død dagen før, og de pårørende var sammen til en ceremoni, hvor den afdøde forlader hospice. Sygeplejersken deltog i denne ceremoni, men forlod den midtvejs, da en ny patient netop var ankommet til hospice. Sygeplejersken afslutter: 'Her indså jeg vigtigheden i at gøre det færdigt, jeg er i gang med'. Dette tolkes som et princip til efterfølgelse. Et princip sygeplejersken gennem erfaring har skabt.

Opsummerende blev sygeplejerskers etiske handlinger, gennem observationer og interviews, identificeret som en afstemt relation mellem tre elementer. (1) sygeplejerskens prærefleksive etiske dømmekraft, (2) kulturelt funderede normer og værdier (3) sygeplejerskens selvbestaltede etiske principper. Det er samspillet og relationen mellem disse tre elementer, der former og identificerer sygeplejerskens etiske handlinger (jf. figur 5.3).



Figur 5.3: Sygeplejerskens etiske handlinger illustreret gennem en sammenhæng mellem tre elementer. Er der ligevægt mellem disse tre elementer, vil sygeplejersken være handlingsduelig i den etiske situation. Er der derimod sket et brud i relationen mellem de tre elementer vil sygeplejersken 'forholde sig' og tendentielt begynde at reflektere.

Disse tre elementer konstituerer sygeplejerskens etiske handlinger. Sygeplejerskers etiske refleksioner viser sig som et brud i relationen mellem disse tre elementer. Et brud der altid er synligt i det etiske dilemma. Dette betyder omvendt ikke, at de etiske refleksioner altid er knyttet til de etiske dilemmaer. I første omgang skal der her fokuseres på de etiske refleksioner i tilknytning til de etiske dilemmaer, hvilket sker gennem en række eksempler.

På Hospice stod det nævnt i værdigrundlaget, at sygeplejersker ønskede at virke med 'ubetinget accept' af det enkelte menneske. Dette kunne i få situationer udfordre sygeplejerskens egne etiske principper. I disse situationer, hvor eksempelvis patienten krænkede sygeplejersken, ville sygeplejersken reflektere ud fra et brud i forholdet mellem de kulturelt definerede værdier og egne principper. Desuden kunne der ske et refleksivt brud mellem sygeplejerskens principper og den prærefleksive dømmekraft i tilknytning til den enkelte situation. Dette skete, når situationen appellerede til en handling, som ikke stemte overens med sygeplejerskens etiske principper. Som eksempel kan nævnes en sygeplejerske på hospice, der havde haft en tæt kontakt med en patient i nogle uger, hvorefter lægen på hospice igangsætter en række strålebehandlinger. Sygeplejersken var uenig i denne beslutning og udtrykte dette over

for mig med følgende sætning 'det er slet ikke der, patienten er'. Hun reflekterede med andre ord, fordi der skete et brud mellem det, hun spontant oplevede, og det hun principielt anså for rigtigt. Endelig kunne refleksion opstå som et brud mellem den prærefleksive dømmekraft og de kulturelle normer og værdier. Dette skete typisk efter en handling, hvor sygeplejersken spontant havde handlet i situationen. Efterfølgende kom hun i tvivl, hvorvidt dette stemte overens med det, 'vi' gør her. Et eksempel var en sygeplejerske på hospice, der havde valgt at sige nej til en patient, der gerne ville i biografen. Efterfølgende kom hun i tvivl, hvorvidt denne handling stemte overens med institutionens normer og værdier. Denne tvivl viser sig som et refleksivt forhold til den måde, hun har handlet.

'You cannot be a good nurse without being a good woman'
(Florence Nightingale iflg. Baly, 1986)

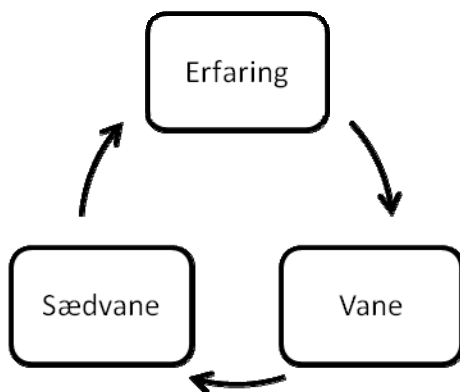
Tre hovedveje til etik i sygepleje

Som det sidste afsnit i afhandlingens syntesedel skal der nu fokuseres på undersøgelsens implikationer for sygeplejens etiske praksis, hvilket sker på baggrund af undersøgelsens resultater. Når der således peges på nye tiltag og nye fokuspunkter i arbejdet med etik i sygeplejen, sker det inden for rammerne af undersøgelsens design og metode. I det følgende vil jeg præsentere en række veje til etik i sygeplejen kategoriseret i tre grupper. Dels en personlig funderet etik i sygeplejen, hvor undersøgelsen peger i retning af en karakterbåren etik, hvor refleksion ikke er et mål men et middel til dannelsen af den etisk duelige sygeplejerske. Dels en lokalt funderet etik hvor afdelingens eller institutionens kultur afgrænser og identificerer etikken. Endelig peger undersøgelsen på nogle nye veje til en mere generel faglig funderet etik i sygeplejen, hvilket bl.a. udmønter sig i nye tiltag i sygeplejerskeuddannelsen. Det skal endnu en gang understreges, at rammerne for undersøgelsen skaber en række forbehold, som skal holdes in mente i det følgende (jf. del IV). De to institutioner, som undersøgelsen inkluderer, er således ikke repræsentative for hele sygeplejens kliniske praksis. Undersøgelsen peger dog på en række nye fokuspunkter inden for det etiske felt, som gør krav på opmærksomhed.

Vejen til en personlig funderet etik i sygeplejen (dannelse)

Erfaringer med svære etiske situationer pløjer sig ind i sygeplejerskens karakter. I denne fure vokser der værdier, der dyrkes som vaner i hverdagen. Jo oftere disse vaner gentages i praksis, desto mere rodfæstede bliver de. Vanerne bliver til sædvaner, som er mere ufravigelige handletilbøjeligheder set i forhold til vanerne. Sædvanen er således den vane, der har fået rod i praksis. I undersøgelsen kom dette til udtryk i formuleringer af typen: 'Det ligger til mig', 'Jeg kunne ikke gøre andet', 'Det er sådan jeg er'. Disse dyrkede sædvaner vil betinge de valg og dermed de handlinger,

som sygeplejersken udfører. Sygeplejerskens etiske praksis afspejler således et cirkulært forhold mellem sygeplejerskens erfaringer, vaner og sædvane (jf. figur 5.4). Sygeplejerskens etiske dannelse afspejler denne cirkularitet.



Figur 5.4.: Sygeplejerskens etiske dannelse som et cirkulært forhold mellem erfaring, vane og sædvane

Sammenhængen mellem erfaring, vane og sædvane (illustreret via de tre pile) er ikke blot et automatiseret forhold. Sygeplejerskens refleksioner viser sig som en drivkraft, når erfaring skaber en vane, og når vanen rodfæstes som sædvane og senere udfordres gennem nye erfaringer. Lad os se på nogle eksempler fra undersøgelsen. Jeg følger en erfaren sygeplejerske (over 45 år) på hospice i en nattevagt. Vi sidder og taler sammen på kontoret, hvor jeg spørger hende, hvordan hun mener, man bliver en etisk sygeplejerske? Hertil replicerer hun:

'I elevtiden skulle jeg sætte ord på mit menneskesyn og reflektere over de situationer, jeg havde stået i. På den måde tager jeg noget med mig, næste gang jeg står i en lignende situation'.

Forud for mit følgeskab med hende har hun fundet sine gamle studiebooks frem, som hun har medbragt denne nat. Hun finder bøgerne frem og siger: 'Ja, jeg kan ikke rigtig huske, hvad det helt præcist var (etik) ... men jeg kan da huske, at vi arbejdede med det dengang'. Sygeplejersken har således gjort sig nogle erfaringer, som hun gennem skoletiden er blevet opfordret til at reflektere over. Disse refleksive erfaringer har hun 'taget med sig' som grundlag for en vane i praksis. Set i dette lys er det vigtigt, at

sygeplejersker opfordres til at reflektere over de erfaringer, som de etiske situationer skaber. Her tænkes ikke på selvbekræftende refleksioner, hvor ens handlinger søges legitimeret, men derimod på kritisk refleksion hvor erfaringer undersøges, vægtes og vurderes. Refleksion over erfaringer er således ikke blot et spørgsmål om værdimæssigt at bekræfte en erfaring, men i ligeså høj grad at afkræfte denne. Det er netop, når erfaringen værdimæssigt afkræfter en handling gennem refleksion, at der skabes grundlag for nye handlinger. Den kritiske refleksion kræver således både ydmyghed og bevidsthed om egen uvidenhed.

Overgangen fra vane til sædvane er en fortsat gentagelse af den vanemæssige handling i forskellige situationer, hvorefter handlingen bliver stadig mere ufravigelig. Her sker der imidlertid små korrektioner af vanen, som ofte kræver refleksion. Her vil den refleksive akt imidlertid finde sted som en udfordring af vanen eller en appel om refleksion udefra. Som et illustrativt eksempel fra hospice kan nævnes den praksis, hvor den afdøde 'gøres klar' (gængs udtryk). En praksis som kræver en række handlinger og ikke mindst koordinerede handlinger blandt de sygeplejersker, der er i vagt. Hver enkelt sygeplejerske har sin vanemæssige måde, hvormed disse gøremål udføres. Når to sygeplejersker således står på stuen og skal vaske patienten og iklæde den afdøde ligskjorten, bliver egne vaner synlige gennem kollegers vaner. Denne forskel appellerer til refleksion. I en nattevagt taler jeg med en sygeplejerske, som netop har hjulpet en kollega, efter en patient er død. Jeg spørger om hendes tanker og oplevelser under samarbejdet med kollegaen. Hun svarer: 'Ja, det sætter unægtelig nogle tanker i gang... vi er bare så forskellige på dette punkt'. Hun vurderede kollegaens vane/sædvane meget negativt. Men vurderingen af kollegaens vane kaster samtidig lys på egne vaner – 'kunne jeg selv gøre det anderledes'. Også her kan refleksion blive en vanebekræftende praksis, men sigter også mod et kritisk forhold til egne vaner.

I sammenligning med vaner har sædvaner et stærkere handlingsmæssigt ufravigelighedspræg, hvorfor der med refleksion kan skabes opmærksomhed på de vaner, rutiner og regler, der slår rødder og bliver stadig mere konservative og ufravigelige. Bevægelsen fra sædvane til ny erfaring sker også, som det gælder for

vanen, gennem et refleksivt brud. Nye erfaringer med svære etiske situationer kan tilpasses sædvanen, som undtagelsen der bekræfter reglen, men det er samtidig frugtbart at forholde sig til den nye erfaring som et muligt sædvanebrud. Lad mig give et eksempel. Jeg følges med en yngre sygeplejerske på hospice. Jeg bemærker, hvordan hun altid har fysisk kontakt med patienten, når hun indgår i en dialog. Konkret sker dette ved, at hun placerer sin hånd på patientens hånd, arm eller skulder. En af de dage jeg følges med sygeplejersken, plejer hun en yngre mand mellem 30 og 40 år. Sygeplejersken går ind til patienten, hvor hun kort spørger patienten om hans madønsker. Hun placerer sin hånd på hans, hvor patienten kortvarigt kaster et blik på hendes hånd. Jeg spørger efterfølgende sygeplejersken om den fysiske kontakt med patienten, hvortil hun svarer, at det ikke er noget, hun tænker over. Patienten skaber imidlertid mulighed for et sædvanebrud, hvor sygeplejersken får mulighed for at tænke over sine indgroede vaner. Refleksivt kan der her ske en sædvanebekræftende ydre attribution, hvor det er den afvigende situation, der bekræfter reglen om værdien af den fysiske kontakt. En indre attribution vil imidlertid kunne afkræfte sædvanen, hvor sygeplejersken bliver bevidst om egne begrænsninger. Refleksivt skaber hun med andre ord bevidsthed om mulige situationer, hvor den fysiske kontakt er mindre værdifuld.

Med refleksion som bindeled mellem erfaring, vane og sædvane er der ideelt set skabt en dialektisk sammenhæng mellem etisk refleksion og handling. Som noget helt afgørende afspejler denne sammenhæng sygeplejerskens karakter. En af undersøgelsens centrale pointer er etikens afspejling i den enkelte sygeplejerske og hendes karakter. En pointe der falder i tråd med den aristoteliske etik. At give sygeplejersken prædikatet etisk eller uetisk er således kun meningsfuldt med henvisning til hendes karakteregenskaber, som de kommer til udtryk i situationen. Arbejdet med disse karakteregenskaber er en fortsat nødvendig aktivitet funderet i en handle- og refleksionspraksis, som skitseret ovenfor. Etisk dannelse er med andre ord en refleksiv dyrkelse af erfaringer, vaner og sædvaner. En udfordrende aktivitet som aldrig afstedkommer et svendebrev eller en kandidatgrad og dermed aldrig bliver tilendebragt. Personligt var det netop overraskende at se, hvordan erfarne

sygeplejersker på onkologisk afd. og hospice ikke var etiske eksperter i den forstand, at de ikke reflekterede og kun handlede spontant. Der var til stadighed dele af karakteren, der blev pudset af. Der var stadig situationer, hvor erfaringer gav eftertanke og nødvendige refleksioner. Erfaringer der forplantede sig i vaner. Vaner der blev dyrket og afstemt blandt kolleger, og sædvaner der blev høstet, så nye erfaringer kunne bære frugt. Anvendelsen af have-vækstmetaforer er helt bevidst i denne sammenhæng. Det var netop havemetaforer, sygeplejersker anvendte, når vi drøftede de etiske situationer (jf. p. 129 ff.). Etik er ikke en vare eller gave. Grundlæggende kan etik derfor ikke reduceres til skolastisk viden, der kan tilegnes gennem retningslinjer, kodeks e. lign. Den etiske dannelse er, på baggrund af undersøgelsen, et udfordrende, krævende og ofte angstprovokerende arbejde, hvor sygeplejersker ikke blot stiller sig selv og sine værdier til skue, men tillige refleksivt beskuer sig selv. Et arbejde der til gengæld dyrker sygeplejerskens karakteregenskaber og dermed udvikler den etiske sygeplejerske.

Med undersøgelsens præsentation af vejen til en personlig og karakterfunderet etik i sygeplejen efterlades samtidig kritik af den skolastiske udviklingsmodel, som den bl.a. er præsenteret af Kohlberg (1981) (se også p. 97. ff.). Etik beror ikke på sygeplejerskens kognitive egenskaber, som det primære. Som tidligere anført er sygeplejerskens kognitive formåen i form af kritisk refleksion i højere grad et middel til dyrkelse af de karakteregenskaber, der sætter sygeplejersken i stand til at tackle de vanskelige etiske situationer. Omvendt afspejler undersøgelsen samtidig et nødvendigt korrektiv til den non-skolastiske trinmodel, som bl.a. præsenteres af Dreyfus og Dreyfus (2004). En trinmodel hvor den etiske ekspert pr. definition ikke reflekterer. Trods det intuitive greb i praksis kræves refleksivitet til undgåelse af rigiditet og faglig blindhed, når der opstår ukendte situationer eller variationer over kendte situationer. Det er således ikke kun tid og erfaring, der skaber en trinvis overgang fra det skolastiske begreb om praksis til det mere intuitive greb i praksis. Undersøgelsen peger i retning af den enkelte situation og sygeplejerskens karakteregenskaber som en mulig forbindelse mellem det refleksive begreb om praksis og den mere ureflekterede handling i situationen.

Vejen til en kulturel funderet etik i sygeplejen (fagidentitet)

Overskriften er bred, hvor begrebet kultur her skal henvise til den værdimæssige afstemning, der finder sted lokalt på institutionen. Mere præcist skal der her fokuseres på forholdet mellem det etiske 'jeg' og 'vi', hvor 'vi' henviser til det, der her defineres som lokalkulturen dvs. afstemte sædvaner og værdier på en afdeling eller afgrænset institution. Det skal således endnu en gang understreges, at det er med udgangspunkt i undersøgelsen på onkologisk afd. i Vejle og Hospice sammesteds, at der nu skal peges på veje til skabelse af en lokal funderet etik. Dette sker gennem to strenge. Dels det uformelle kollegiale samarbejde og dels det mere formelle og planlagte arbejde med etik.

Som påpeget i analysen og senere i syntesen er dialoger blandt kolleger en central del af arbejdet med de etiske situationer på henholdsvis onkologisk afd. og hospice. Det opbyggelige kollegiale arbejde omkring de etiske situationer har flere funktioner. Funktioner som ikke skal gentages her (jf. p. 166 ff.). Hvad der imidlertid skal understreges, er det forhold, at etiske situationer og dermed også etiske dilemmaer ikke primært (op-)løses gennem dialoger. Etiske situationer gennemleves af den sygeplejerske, der står i det etiske dilemma. Til trods for mange mulige argumenter bundet til situationen er en kollegial diskussion af løsningsforslag derfor ørkesløs. Derimod kan kolleger være med til at ruste sygeplejersken, når hun skal tilbage på stuen, hvor dilemmaet udspiller sig. Dvs. ikke en kollegial søgen efter konsensuskabende enighed, men en dialog der øger uvidenheden og dermed åbenheden for nye erfaringer. Som en sygeplejerske på onkologisk afd. udtrykker det (og praktiserer det): 'Det gælder om at klæde hende på (kollegaen), så hun kan vende tilbage til patienten'. Dermed har den etiske diskurs blandt kolleger et indirekte mål, hvor det altid er den enkelte sygeplejerske, der skal træffe valget i situationen. Helt konkret kan kolleger stille spørgsmål til den situation, sygeplejersken befinder sig i, mere end at give hende et svar. Dette kan samtidig være en appel til refleksion hos den enkelte sygeplejerske, når den efterfølgende erfaring skal rodfæstes.

Efter den etiske situation har den kollegiale dialog en mere psykologisk og støttende funktion. Grundet det voldsomme pres, den enkelte sygeplejerske kan

opleve i forbindelse med et etisk dilemma, er der behov for støttende samtaler, hvor dialogen igen kan virke som appel til refleksion.

Samlet set er det samtalerne før og efter de etiske situationer, der kollegialt skaber et 'sådan gør vi her'. Et fælles etisk 'vi', hvor etikken kan identificeres som en kulturel funderet fagidentitet. Ideelt set bør disse dialoger i sig selv kunne rodfæste det, jeg her vil kalde institutionens etik. Særligt på onkologisk afd. kunne der imidlertid være tvivl om det fælles, hvilket afstedkom ønsket om et formaliseret værdigrundlag. Denne tvivl kan hypotetisk skabes på baggrund af stor udskiftning i gruppen af sygeplejersker, mange nye standarder, mindre tid til kollegiale drøftelser og en fortsat udvikling og ændring af sygeplejerskeuddannelsen. Med undersøgelsen påpeges det imidlertid, at etik ikke kommer 'ind' på en afdeling gennem et værdigrundlag, men derimod 'ud' af en praksis hvor erfaringer forplanter sig på afdelingen gennem dialog og forståelse. Hvis hensigten er at profilere afdelingen, som var det et etisk udstillingsvindue, så er et værdigrundlag mere eller mindre omkostningsfrit. Hvis værdigrundlaget derimod udarbejdes med den hensigt at skabe et handleredskab for den enkelte sygeplejerske i praksis, er der ikke tale om en genvej men en blind vej. Der bør ikke placeres en pottepante i det etiske vindue for at få det hele til at se bedre ud, men derimod plantes nogle værdimæssige frø i praksis, så sygeplejersken kan vokse gennem det kliniske arbejde. De uformelle dialoger blandt kolleger, der former sædvanen på afdelingen, kan ikke erfares af et formaliseret værdigrundlag, der udstikker et fælles 'vi'. I så fald foldes en papirtiger, der brøler for døde øren. Både på onkologisk afd. og hospice skabes der således en svært forenelig dualitet mellem hverdagens praksis og de formelle værdier. Skal værdigrundlaget bruges konstruktivt, er det ikke som et: 'Sådan skal du gøre' men som et: 'sådan gør vi her'. Udfordringen består derved, at 'sådan skal du gøre' bør afløses af en værdimæssig afstemt praksis, hvor sygeplejersker er i dialog og kontinuerligt fungerer som hinandens forbilleder. Den udtalte nødvendighed af et værdigrundlag synes at være en fattig og pauver erstatning for den kollegiale afstemning af afdelingens normer og værdier. Hvis den enkelte sygeplejerske således er i tvivl om afdelingens normer og værdier, er sygeplejersken bedre stillet, hvis hun frekventerer en kollega end afdelingens

værdigrundlag. Hvis værdigrundlaget omvendt er et fælles udgangspunkt på møder, hvor etiske dilemmaer behandles, bliver det ganske let et magtmiddel eller i bedste fald en passiv tjekliste. En tjekliste der samtidig skaber hjælpehypoteser, så den konkrete handling, som sygeplejersken er i tvivl om, kommer til at passe med værdigrundlaget. En af konsekvenserne forbundet med etikens pr. definition uløste spørgsmål er ikke blot, at der ikke findes endegyldige svar, men også at der ikke kan udarbejdes et operationelt redskab til gavn for sygeplejersker, der lider etisk skibbrud. Et værdigrundlag, hvor begreber såsom respekt, ansvarlighed og åbenhed defineres med reference til ideel praksis, er derfor problematisk som etisk vejviser. Skal der således udarbejdes etiske formalia på en afdeling, der rodfæster en fælles etik, kan muligheden være den, at der i fællesskab formuleres nogle spørgsmål, der altid er relevante, når den kritiske refleksion aktualiseres af den vanskelige etiske situation. Spørgsmål der ikke blot appellerer til refleksion, men samtidig skaber nye veje til handling i situationen. Når sygeplejersken eksempelvis befinder sig i et etisk dilemma, har hun ikke behov for at vide, at hun skal være professionel og ansvarlig. Det ved hun allerede. Hun har derimod behov for at stille sig selv spørgsmålet om, hvordan hun kan være professionel og ansvarlig i netop denne situation. Svaret ligger gemt i situationen og ikke mindst den erfaring, handlingen potentielt kan give hende.

Vejen til en faglig funderet etik i sygeplejen (uddannelse)

Undersøgelsens resultater peger i retning af en nyorientering angående etikens placering, rolle og funktion i sygeplejerskeuddannelsen. Som udgangspunkt kan der let skabes stor afstand mellem lektionerne i etik og den praksis, hvor sygeplejersken agerer og reagerer. Undersøgelsen kan hverken be- eller afkræfte en sådan afstand, men kan til gengæld pege på et nyt grundlag for lektionerne i etik, der ikke uddanner etikere men skaber grundlaget for det etiske arbejde. I det følgende præsenteres således en række bud på arbejdet med etik i sygeplejerskeuddannelsen (samt efter-/videreuddannelse), der skal ses i sammenhæng med ovenstående veje til en personlig og faglig funderet etik i sygeplejen. Der skal mere konkret skitseres nogle få veje til en uddannelsespraksis, hvor sygeplejersken er bedre rustet i mødet med de etiske

dilemmaer. En uddannelsespraksis hvor der ikke uddannes etiske sygeplejersker, men hvor der skabes et grundlag for en etisk dannelse i praksis.

Etiske teorier

Sygeplejersker på onkologisk afd. og hospice kunne ikke genkalde sig en eneste etisk teori, hverken fra tiden på sygeplejeskolen eller sidenhen. Men hvis de kunne, hvad skulle de så bruge det til? Med etiske teorier tænkes her på normative etiske teorier med særlig reference til pligtetik, konsekvensetik og omsorgsetik. Det etiske supermarket, hvor man tager den etiske teori ned fra hylden, som bedst passer til ens menneskesyn, bør ikke eksistere. I så fald vil etisk teori blot fungere som et argumentatorisk forsvar for ens handlinger. Men hvis der skal undervises i normative etiske teorier på sygeplejerskeuddannelsen, hvilket formål sigtes der så efter? Et svar kunne være, at der gennem kendskabet til etiske teorier appelleres til kritisk refleksion i klinisk praksis. De etiske teorier vil således kunne generere en række spørgsmål, som virker befordrende på vejen til håndtering af de vanskelige etiske situationer. Både på onkologisk afd. og hospice stiller sygeplejersker sig en række konsekvensetiske spørgsmål (uden teoretisk reference). Jeg erfarede således, hvordan sygeplejersker ofte lod nytteudmålinger ligge til grund for deres handlinger. Et typisk eksempel var situationer, hvor sygeplejersken var i tidsnød, og plejen af to patienter skulle prioriteres. Viden om og kritik af konsekvensetikken vil således ikke blot kunne hvæsse sygeplejerskens argumenter for valg eller fravalg af handling, men langt vigtigere vil konsekvensetiske spørgsmål nuancere den kritiske refleksion i den konkrete situation. På samme måde gælder det for andre normative teorier. Eksempler på spørgsmål kunne være: 'Hvordan er jeg forpligtet i denne situation?', 'Hvad er værdifuldt i denne relation?', 'Hvordan kan jeg være en god sygeplejerske i mødet med patient X', 'Hvem bør jeg tale med i dette dilemma?'. Med disse spørgsmål bliver de normative etiske teorier ikke blot reduceret til skolastisk viden, men skaber samtidig nogle kliniske redskaber i en refleksiv etisk praksis. Spørgsmålene appellerer til et nuanceret forhold til praksis. I et undervisningsforløb kan de etiske teorier således konkretiseres som spørgsmål i relation til paradigmatisk eksempler på etiske dilemmaer i sygeplejen.

Sygeplejeetiske retningslinjer

Sygeplejersker på onkologisk afd. og hospice anvender ikke de sygeplejeetiske retningslinjer som et pejlemærke, styringsredskab eller handlegrundlag i tilknytning til de etiske dilemmaer. Som et forsvar for retningslinjerne kan det anføres, at de udvalgte sygeplejersker ikke er blevet tilstrækkeligt informeret, introduceret eller på anden måde gjort opmærksom på disse retningslinjer. Undersøgelsen peger imidlertid i retning af en helt anden anvendelse og funktion af de sygeplejeetiske retningslinjer. Retningslinjerne kan således fungere som værdigrundlag for en fælles faglig identitet. Et værdigrundlag som vel at mærke bør afspejle klinisk praksis og dermed en forbindelse til de lokale værdigrundlag rundt på afdelingerne. Som alternativ til et sygeplejeetisk råd, der som primært mål udarbejder, reviderer og informerer om de sygeplejeetiske retningslinjer, kunne alternativet således være en syntetisering af de mange lokale værdigrundlag, som de fleste afdelinger har udarbejdet. Det vil sige en mere induktiv måde, hvormed retningslinjerne afspejler praksis. På nuværende tidspunkt er intention fra rådet mere deduktiv, hvor sygeplejersker tilmed kan frekventere rådet, såfremt der opstår etiske dilemmaer i praksis (Dansk Sygeplejeråd 2005). Men de sygeplejersker, jeg har fulgt, observeret og talt med, ønsker ikke problemløsende retningslinjer, men derimod etiske retningslinjer der identificerer de værdier, som deres kliniske praksis afspejler. Undervisning der tilsigter at introducere til de etiske retningslinjer kan efterfølgende tilrettelægges pædagogisk ud fra dette forhold.

Sygeplejens etiske tradition

Sygeplejersker på onkologisk afd. og hospice taler om etik som et sted, hvor deres handlinger har hjemme. Netop boligmetaforer (fundament, grundlag, hjemsted etc.) benyttes ofte, når talen falder på etik (jf. p. 129 ff.). Uden at ville forcere en etymologisk sammenligning skal det her nævnes, at begrebet etik også betyder bolig eller hjemsted med rødder i det græske *ethos* og *ethikos*. Når sygeplejersker betoner etikens relation til deres tradition, er der ikke blot tale om en identifikation af etik, men samtidig et billede af den måde etikken udvikler sig og virker i den konkrete

praksis. Det mest konkrete eksempel var en dialog, jeg havde med en sygeplejerske på hospice, der havde været sygeplejerske i flere årtier. Vores dialog udspænder sig som afslutning på hendes dagvagt, hvor hun sidder og gør sig sine optegnelser til brug for aftenvagten. Jeg indleder en dialog og spørger hende, hvilke handlinger hun aldrig vil vige fra. Hun svarer ganske uventet: 'Vores fag bygger på kristendom og krig – og det kan du se gennem alle vore handlinger'. Sygeplejersken henviser implicit til Florence Nightingale og ikke mindst sidstnævntes historiske indsats under Krimkrigen. Uden at skulle vurdere endsige verificere sygeplejerskens påstand skal eksemplet blot ses som et eksempel på den betydning, sygeplejens historie og tradition har for vores forståelse og konkrete arbejde med etik i sygeplejen. En tanke der bl.a. forfølges af Baly (1986) i bogen: 'Florence Nightingale and the Nursing Legacy'. Min pointe her er blot den, at undervisningen i etik på sygeplejerskeuddannelsen med fordel kan ses i sammenhæng med de studerendes indblik i sygeplejens historie. Fordelen er her, at etikken ikke bliver et tidløst og ahistorisk 'bør', men derimod en række normer og idealer som vi med fordel kan forholde os til. Set i dette lys er rodløshed og traditionsløshed vejen til umoralske handlinger, hvor historisk bevidsthed omvendt dyrker den gode sygeplejerske. Bliver vi i vækstmetaforen, vil der ikke for hver generation af sygeplejersker skulle plantes nye frø, men tillige kunne høstes frugter af sygeplejerskers erfaringer gennem tiden. På dette grundlag definerer jeg etisk begavelse som sygeplejerskens evne til at tage ved lære af egne men også andres erfaringer.

Etisk bevidsthed

Jeg har mødt særdeles kvalificerede sygeplejersker under feltstudiet. Sygeplejersker som handlede omsorgsfuldt og med stor karakterstyrke. Jeg er således ikke blot imponeret over fagligheden, men også den menneskelige styrke mange sygeplejersker møder døende patienter med. Set i dette perspektiv er der ingen grund til, at sygeplejersker begynder at forholde sig til etik. Dette skal ses i lyset af den tidligere fremsatte pointe, hvor etisk refleksion kan ses som et brud med sædvanen. De fleste sygeplejersker, jeg fulgte, oplevede imidlertid ganske ofte dette refleksive brud med

sædvanen, hvor etikken pludselig blev synlig. Skal der med dette udgangspunkt arbejdes med en faglig funderet etik i sygeplejen, kan der med undersøgelsen peges på tre forhold.

For det første kan det allerede på sygeplejerskeuddannelsen gøres mere klart, hvordan jura og etik dels hænger sammen og dels pr. definition er vidt forskellige fagområder. Det forhold, at der ikke skelnes mellem det, sygeplejersken 'bør' gøre (etik) og 'skal' gøre (jura), skaber udfordringer i praksis. Når sygeplejersken eksempelvis oplever at befinde sig i et etisk dilemma, vil det juridiske 'skal' hænge sammen med det etiske 'bør' i den forstand, at det etiske dilemma ganske ofte udløses gennem dette forhold. Eksempelvis er der noget, sygeplejersken skal, hvor hun samtidig oplever, at der er stærke værdier, der taler imod, hvilket afspejler til det etiske 'bør'. Hvis sygeplejersken imidlertid identificerer etik med det, hun skal gøre, hvilket jeg så flere eksempler på under feltstudierne, gør det samtidig arbejdet med etikken endnu mere vanskelig. Juraen er en ydre pligt, hvor etikkens indre pligt henviser til sygeplejerskens karakter. Sygeplejersken kan med andre ord reflektivt spørge sig selv, hvad hendes værdier tilsiger hende at gøre i den konkrete situation. Ikke at der dermed er skabt en løsning på det etiske dilemma, men at der her er skabt en etisk bevidsthed, som kan være frugtbar, hvis erfaring, vane og sædvaner skal dyrkes reflektivt.

Som anden pointe kan der på sygeplejerskeuddannelsen fokuseres på den reflektive etiske bevidsthed. Det forhold at den sygeplejestuderende bliver bevidst om, at håndteringen af de vanskelige etiske situationer i lige omfang beror på viden som på uvidenhed. Det kræver således faglig viden at blive en etisk sygeplejerske, men også uvidenhed. Uvidenhed fordi det kræver ydmyghed og en uvidende indstilling, hvis sygeplejersken skal kunne åbne sig for nye alternative måder at handle på. Som tidligere anført river den etiske refleksion sygeplejersken ud af sædvanen og giver potentielt set mulighed for en ny erfaring. Undervisning i etik er således ikke kun et spørgsmål om at vægte lige dele teori og praksis, men samtidig at gøde jorden for en frugtbar indstilling til mødet med de vanskelige etiske situationer i klinisk praksis. En indstilling der kræver uvidenhed, hvis den kritiske refleksion skal gives gode

betingelser. Den kritiske refleksion vil netop åbne for nye perspektiver i den konkrete situation, hvorfor en ydmyg uvidende indstilling er en præmis.

Som tredje pointe kan der på baggrund af undersøgelsen peges på et sidste forhold, der med fordel kan fokuseres på i sygeplejerskens uddannelsesforløb (dvs. både teori og klinik). Her tænkes på etik spejlet i og dermed identificeret som 'den gode sygeplejerske'. Når jeg befandt mig blandt sygeplejersker, var jeg vidne til en kontinuerlig vurdering af kolleger og deres handlinger. Hvis der således i uddannelsen tales om svære etiske situationer, kan der med fordel fokuseres på spørgsmålet om det gode. Spørgsmålet om etik bliver let diffust for sygeplejersken, men spørgsmålet om hvad der er en god sygeplejerske i denne specifikke vanskelige situation, vil de fleste kunne dømme om (uden dermed at være enige). Vi finder her et helt centralt og klassisk forhold mellem etisk universalisme og etiske kontekstualisme. Hvis jeg med mig selv eller andre drøfter det rigtige eller forkerte med reference til et etisk dilemma, vil jeg let ende i en universalisme, fordi der med prædikaterne rigtig og forkert sker en projektion af egne værdier. Sagt med andre ord bliver etikken personlig neutral og dermed anonym. Hvis jeg/vi derimod taler om etik som det gode, dvs. hvordan jeg/vi kan være en god sygeplejerske i netop denne situation, bliver spørgsmålet ikke blot kontekstualiseret, men samtidig bundet til den person der svarer. Dette er samtidig et spørgsmål, der i modsætning til rigtig og forkert direkte kan overføres til den vanskelige etiske situation, som sygeplejersken senere kan befinde sig i. Her kan hun således spørge sig selv (og/eller andre), hvordan hun kan være en god sygeplejerske.