

Når etikken bliver synlig

Af Jacob Birkler lektor, ph.d.

Abstract

Based on a qualitative study in which nurses were observed in the clinical field, the article focuses on nursing ethics which reflects several dualities that challenge norms and values in clinical practice. Using several examples these dualities will be analyzed striving towards a description of possible connections and concrete lines of action. Results show that the Danish code of ethics as a tool for practical use fails to be relevant to clinical practice. The article concludes that understanding and development of ethics in nursing practice arise in the nurse-patient relationship. Attention should therefore be drawn towards nursing experience and character traits.

Keywords

Ethical guidelines, integrity, local values, nursing ethics, nurse-patient relationship

Introduktion

Som begreb er etikken blevet stadig mere synlig i sundhedsvæsenet. Sprogligt bliver etik ofte afgrænset til noget vi mangler og derfor nødvendigvis må have noget mere af. I dag skal sundhedsarbejderen derfor medtænke etikken og desuden reflektere etisk. Fra at være en omstændighed er etik blevet en nødvendighed. Det viser sig bl.a. gennem nedsættelsen af stadig flere etiske råd, der bl.a. kan give den enkelte profession en etisk profil. Desuden nedsættes i disse år en række etiske komiteer, der bl.a. arbejder med etiske retningslinjer, kodeks og de mange problemstillinger, som antages at være af etisk art. Endvidere har de fleste sygehuse herunder afdelinger, afsnit etc. gjort en række grundværdier hjemlige gennem et formaliseret værdigrundlag. Set fra denne vinkel er etik blevet meget synlig i det danske sundhedsvæsen. Etikken synes her at være kendetegnet ved særligt to forhold. Den er profilerende og generaliserende. Med tvivl om arbejdets grundlæggende værdier kan et formaliseret værdigrundlag virke betryggende men også være et argumentatorisk forsvar, hvis nogen beklikker sundhedsarbejderens handlinger. Der er således ikke den handling, som ikke kan forsvares med et: '... fordi jeg respekterer patienten'. Samtidig er etikken synlig som en profilering af sygehuset, afdelingen eller professionen. Etikens sproglige udtryk viser sig som et: 'Sådan er vi her' eller 'sådan tilstræber vi at være'. Ofte er etiske begreber derfor sat på linje med visioner og strategier (1). Som et andet kendetegn er den formaliserede etik en generalisering af en idealiseret praksis. Eksempelvis bør sundhedsarbejderen respektere patientens autonomi og generelt være ansvarlig, professionel osv. Som en generalisering tales om etiske påbud i mødet med patienter, ansatte, ledere osv., hvilket står i modsætning til en konkret praksis, hvor

sundhedsarbejderen udtrykker sig gennem mere personlige egenskaber i mødet med patienten.

I tilknytning til den formaliserede etik bliver etikken samtidig synlig gennem den politiske og økonomiske virkelighed. Selvom loven sætter grænser for eutanasi, abort, genetisk screening, fosterdiagnostik etc. rejser der sig stadig spørgsmål om det gode/onde, rigtige/forkerte. Desuden fremprovokerer den økonomiske virkelighed ofte en række vanskelige prioriteringer i sundhedssektoren. Også her kan den formaliserede etik, gennem råd, nævn, retningslinjer, kodeks, komiteer og værdibegreber tænkes som en dæmning mod den bølge af etiske spørgsmål, som skyller ind over sundhedssektoren.

Ofte ses den formaliserede etik, og de generelle etiske spørgsmål imidlertid helt løsrevet fra denne mere konkrete etiske praksis. Konkret bliver etikken synlig, som et brud med sædvanen. Dvs. når grundværdierne udfordres. Når det eksempelvis er vanskeligt både at respektere patientens autonomi og samtidig opretholde et fagligt ansvar. Her bliver vi opmærksomme på værdierne ligesom vi først bliver opmærksomme på ruden når den er beskidt og vi derfor ikke kan se ud. Etikens synlighed i den konkrete situation kan være som dilemma og vanskeligt valg og viser sig som en hård prøvelse. Etikken bliver en intimiderende uomgængelighed.

I lyset af ovenstående kan etik i sundhedsvæsenet betragtes som en dualitet eller splittelse mellem en formaliseret etik og et konkretiseret etisk udtryk. Med denne artikel skal der fokuseres på denne dualitet, med særlig reference til klinisk sygepleje. Der skal med andre ord peges på nogle gennemgående modsætninger i sygeplejens etiske praksis. Disse modsætninger beskrives og analyseres med fokus på vejen til en mulig sammenhængende etisk praksis.

De aktuelle refleksioner og det anvendte eksempelmateriale udspringer af et ph.d.-studium (2), hvor jeg gennem et kvalitativt studium har fulgt sygeplejersker på onkologisk afd., Vejle sygehus samt Sct. Maria Hospice i Vejle. 16 sygeplejersker blev udvalgt fra de to institutioner med alder og arbejdsalder som de væsentligste udvalgskriterier. Gennem deltagerobservation blev de udvalgte sygeplejersker fulgt i to til tre vagter (dag, aften, nat). Over en tre måneders periode, blev det observeret, hvordan sygeplejerskers etiske refleksioner og handlinger kom til udtryk i en konkret praksis. Sygeplejerskens etiske virke blev observeret i samtaler med patienter og kolleger. Med etisk virke skal forstås den måde hvorigennem normer og værdier praktiseres. Dette skete dels gennem studiet af de på afdelingen italesatte egenværdier såsom respekt, ansvarlighed og professionalisme, og dels via studiet af den måde handlinger og personer blev værdsat på baggrund af prædikater såsom rigtigt/forkert, god/ond etc. Undersøgelsen indbefattede ligeledes semistrukturerede interviews samt fokusgruppeinterviews med de sygeplejersker, der blev observeret under studiet. Disse interviews var med til at afdække hvordan og på hvilket grundlag sygeplejersken reflekterede og handlede i forbindelse med vanskelige etiske situationer. Som projektet var planlagt og gennemført, berørte undersøgelsen kun en afgrænset del af sygeplejerskers etiske praksis. En række faktorer ville kunne adskille de to institutioner fra andre dele af sygeplejens virksomhedsområde. Undersøgelsens resultater blev således belyst gennem en række interviews med sygeplejersker på 17 forskellige afdelinger og institutioner geografisk spredt i Danmark (2). Målet var her at vægte forholdet mellem undersøgelsens evidensstyrke og udsagnstyrke. Mere præcist skulle der peges på de signifikante ligheder og forskelle, der eksisterede mellem det undersøgte felt og andre dele af sygeplejerskers etiske praksis. Når udtrykket

'sygeplejersker' anvendes i det følgende henvises der til undersøgelsens nærmere præcisering af disse ligheder og forskelle (2).

Etik i og ud fra situationen

Der er ofte forskel på den måde, sygeplejersker taler om etik, og den måde der handles i den etiske situation. Sygeplejersker kan således tale om etik som noget, der kan være mere eller mindre af, og som man derfor på forskellig vis kan tilføre en given situation, person eller praksis. Eksempelvis vil en sygeplejerske eller institution *mangle* etik, hvor situationen er *fyldt* med etik. Der *mangler* 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. 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 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 i klinisk praksis 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. Spørger man således sygeplejersker om en vanskelig situation, hun netop har befundet sig i, vil svarene metaforisk være forbundet med hendes egne personlige egenskaber. Ex: 'Det ligger indgroet i mig', 'det ligger på rygmarven' etc. Dette ligger fjernt fra forståelsen af etik som en kvantitativ størrelse, men kolliderer ikke hermed i klinisk praksis.

Hvis der imidlertid skal ændres på normerne og værdierne i sygeplejens kliniske praksis, kan det synes frugtbart at fokusere på forholdet mellem etikken 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 de formelle værdibegreber (begrebet om etik) og den etiske handling (grebet) i sygeplejens kliniske praksis.

Etik som begreb og/eller greb i praksis

Som etisk praksis arbejdes der ofte med værdibegreber ekspliciteret i et værdisæt eller værdigrundlag. Ofte eksisterer der imidlertid et operationelt brud mellem værdibegreberne og den værdifulde handling, dvs. grebet i praksis. Med værdi- 'begrebet' refereres til værdibegreber såsom ansvarlighed, respekt, åbenhed, som de præsenteres i de fleste formaliserede værdisæt. Med det værdifulde 'greb' i praksis refereres til sygeplejerskens handleduelighed eller greb om situationen, dvs. evnen til at håndtere den etiske situation. Dermed ikke være sagt, at værdibegreberne ikke afspejler praksis, men værdibegreberne bliver ikke anvendt som reflektivt redskab i de vanskelige situationer. Der kan imidlertid være undtagelser. På en af de afdelinger, hvor

undersøgelsen fandt sted, medtænkte sygeplejersker i nogle tilfælde værdibegrebet 'ubetinget accept', som et af de værdibegreber, der var formuleret i deres lokale værdigrundlag. Som eksempel var der på et tidspunkt 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 er med andre ord, når værdibegreberne bliver udfordret, at sygeplejersker medtænker disse. Det kan være den pårørende der stjæler fra patienten og på den måde udfordrer sygeplejerskens tillid. Det kan være patienten der gerne ville gå en tur midt om natten, hvilket sygeplejersken muligvis ikke kan acceptere. Det kan være patienten, der gentagne gange ikke ville vaskes, hvilket sygeplejersken ikke kan bære ansvaret for. Det er med andre ord, når sygeplejersken ikke kan eller vil respektere eller acceptere patienten, lægen eller de pårørende, at værdibegrebet bliver bevidstgjort, dog sjældent med reference til de formaliserede begreber. Det er, når sygeplejersken har vanskeligt ved at være ansvarlig, faglig eller åben, at hun forholder sig til disse begreber. Som sædvane betragtet anvender sygeplejersker ikke et værdigrundlag med det formål at hjælpe til handling i praksis. Det, hun i nogle vanskelige etiske situationer kan mangle, er primært et konkret operationelt greb i den konkrete situation. Her er 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 her på afdelingen. Som et mere operationelt greb i praksis er værdibegreber, set som formaliserede begreber i et værdigrundlag, begrænsede. Som operationelle begreber skal værdibegreberne som minimum afspejle den situation, hvor sygeplejersken mangler fodfæste. Her har sygeplejersken ikke behov for at vide, at hun eksempelvis skal være ansvarlig, åben, faglig osv., da det netop er det, hun oplever *ikke* at kunne være i situationen. Som værdibegreber har hun derimod behov for en afgrænsning af værdiernes negationer. Hvordan er 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. Noget tyder på (2), at det netop er disse spørgsmål, sygeplejersken stiller sig selv i tvivlssituationer. Eksempler: '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 ved godt, hvad hun *skal* gøre, men er i tvivl om det, hun *bør* gøre i den specifikke situation, netop fordi grundværdierne bliver udfordret. På den måde bliver det grænsefeltet mellem ansvarlighed/uansvarlighed, respekt/despekt osv., der skaber tvivl. Hvis de formaliserede værdier således skal bringe gavn som greb i praksis, er det netop 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. Etikken kan betragtes som redskab med de sygeplejeetiske retningslinjer som specialtilfælde for her at se muligheden for en forbindelse til sygeplejerskens karakteregenskaber.

De sygeplejeetiske retningslinjer, som de er formuleret og præsenteret af Det sygeplejeetiske Råd, har et flerfoldigt sigte (3). Som et delmål er det intentionen, at retningslinjerne skal støtte sygeplejersker, der står i situationer, hvor der skal træffes etiske valg (3, 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 (3, 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' (3, p. 7).

Det forhold at retningslinjerne er tænkt som et konkret arbejdsredskab, er endvidere ekspliciteret i følgeteksten (3, 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 (3, 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 (4, 5). De sygeplejeetiske retningslinjer skal først fungere som pligt, hvis omsorgsetikken svigter eller bliver uklar (3). Her får sygeplejersker til gengæld brug for retningslinjer, som det hedder (3). Der opstår her et interessant forhold, idet omsorgsetikken vil kunne kategoriseres som en nærhedsetik eller relationsetik (6). 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' (3, 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 (7) har fremhævet, at etiske retningslinjer kan forsvare modsatrettede handlinger i den konkrete praksis. Et eksempel: 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 (3, 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 en kerneproblematik. 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 (8, 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 der peges på endnu et argument i diskussionen om de etiske

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

2.3 Sygeplejersken skal respektere patientens valg, herunder patientens ret til at fravælge selvbestemmelsesretten (3, p. 11).

Denne regel, som i forskellige varierende formuleringer er inkluderet i de fleste fagetiske retningslinjer, må såvel som flere andre punkter nødvendigvis have tilført et *ceteris paribus* (alt andet lige). 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. I følgeskab med sygeplejersker har jeg flere gange erfaret, hvordan sygeplejersker handler mod patientens vilje, uden at dette nødvendigvis bliver problematisk. Det kan være i mødet med den kognitivt forstyrrede patient, eller i situationen hvor sygeplejersken på anden måde ikke er i tvivl om nødvendigheden af en paternalistisk handling. Hertil skal det siges, at netop patientautonomi er et typisk udgangspunkt for en lang række etiske dilemmaer. Hvis patientautonomien således bliver en normativ pligt gennem de sygeplejeetiske retningslinjer, vil det ikke afspejle praksis. Pointen er, at *de kontekstuelle forhold i klinisk sygepleje 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 benbrud 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 kan overtrumfes af andre pligter hvis situationen byder det (kaldes også *prima facie* pligter, (9)). Dette vil imidlertid svække de i forvejen generelle pligter, hvor forbeholdet bliver mere synligt end selve indholdet.

Talrige undersøgelser viser, at sygeplejeetiske retningslinjer ikke bliver anvendt som redskab i klinisk praksis, hverken som vejledning til handlinger, som refleksionsredskab eller som oplæg til dialog på institutionen (10–15). Særligt blandt ældre sygeplejersker er der flere, der ikke kender til eksistensen af retningslinjerne. De sygeplejersker, der mere generelt kender til eksistensen af retningslinjerne, kender ikke indholdet. Desuden er der blandt sygeplejersker 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 forsvare imidlertid ganske ofte de etiske retningslinjers berettigelse. Men retningslinjerne har da også andre mere eller mindre utilsigtede funktioner i klinisk praksis. Dels 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 udtrykker en sygeplejerske i klinisk praksis forholdet til retningslinjerne på følgende måde: 'Jamen de afspejler jo dem, vi er, og det vi står for'. Det forhold, at sygeplejersker ikke har kendskab til indholdet, får således ikke den store betydning. Det, at der i fagligt regi (DSR) skabes enighed om grundværdierne i sygeplejen, virker betryggende særligt i en omrydningstid, hvor sygeplejens teori og praksis er under forandring. Hvis sygeplejersker derfor kommer i tvivl om det, 'vi' står for, kan man frekventere retningslinjerne. Værdien ligger i, at de *kan* frekventere retningslinjerne og ikke i, at de faktisk gør 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 (3, p. 6-7). I selve retningslinjerne hedder det desuden i det sidste punkt 3.7: 'Sygeplejersken skal værne om fagets omdømme' (3, p. 12). Retningslinjerne kan således være med til at skabe og bære en identitet og kultur 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. Som udgangspunkt er det ikke en lige vej 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 gør sygeplejersker i klinisk praksis imidlertid yderst sjældent, men er til gengæld trygge ved muligheden for at kunne gøre det. Der går med andre ord ikke en lige linje fra de sygeplejeetiske retningslinjer til sygeplejerskens handlinger i klinisk praksis. Forbindelsen sker som en afstemning i forhold til de lokale institutionelle normer og værdier. Forbindelsen mellem retningslinjerne og værdigrundlaget på institutionen er sjældent synlig i klinisk praksis. Ikke sådan at forstå at retningslinjerne ikke nødvendigvis afspejler lokale kulturelle forestillinger, men fordi der ikke sker nogen afstemning. Dette kan bl.a. skyldes, at retningslinjerne er så generelle, at de let bliver tautologiske i den konkrete praksis, hvorfor den relevante kulturelle afstemning bliver 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.

Etik som nødvendighed og/eller omstændighed

Når sygeplejersker 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 i klinisk praksis. Der eksisterer imidlertid det vigtige forhold, at når sygeplejersker taler om etik som en nødvendighed, er det i kaffestuen

eller på kontoret, hvor betingelser og vilkår for arbejdet diskuteres. Det interessante er, at når etikken bliver en nødvendighed, skabes der samtidig mulighed for en frasigelse 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, er det gennem værdidomme i den konkrete situation. Eksempelvis er det omstændigheden ved situationen der gør at hun gerne må handle imod patientens vilje. Her handler hun i situationen, men forbliver passiv når etik identificeres som en nødvendighed. Denne dualitet kan tolkes 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. Afstemning af normer og værdier er en helt central del af håndteringen af de etiske situationer i klinisk sygepleje.

Konklusion

'Det Ethiske er, som det Absolute, uendelig gyldigt i sig selv og trænger ikke til staffage for bedre at tage sig ud'. Sådan skriver Kierkegaard i Afsluttende Uvidenskabelig Efterskrift (16, VII, p. 133). Sygeplejersker har kun sjældent behov for etiske teorier, modeller, retningslinjer, kodeks deslige for derigennem at kunne blive bedre til at håndtere det etiske dilemma i en konkret situation. Det betyder hverken, at det er ufrugtbart at tale om etik, formalisere etik, eller øve sig reflektivt gennem kritiske spørgsmål og rollespil af forskellig art. Det, der står tilbage, er imidlertid en forståelse af den etiske praksis som en praksis, hvor etikken byder sig selv i den konkrete situation. Sygeplejersker i klinisk praksis viser og fortæller, hvordan åbenhed, nærvær og tilstedeværelse mere eller mindre tavst lader patienten fortælle, hvad hun bør gøre. Sygeplejersken fører med andre ord ikke etik *ind* i den konkrete situation, men får derimod etik *ud* af den. Det bliver således klart, hvordan sygeplejersken håndterer vanskelige etiske situationer på baggrund af en erfaringsmæssig og karakterbåren evne til at lade situationen fortælle om godt og ondt, rigtigt og forkert, for herigennem at lade etikken byde sig selv.

Referencer

1. Birkler J. Etik i sundhedsvæsenet. København: Munksgaard Danmark; 2006.
2. Birkler J. Etik som refleksion og handling. En kritisk undersøgelse af sygeplejens etiske praksis. ph.d.-afhandling, Syddansk Universitet; under udgivelse.
3. Dansk Sygeplejeråd. Sygeplejeetisk Råd i Danmark. København: Dansk Sygeplejeråd; 2005.
4. Martinsen K. Fra Marx til Løgstrup. Om etik og sanselighed i sygeplejen. København: Munksgaard Danmark; 1994.
5. Noddings, N. Caring. A Feminine Approach To Ethics & Moral Education. Los Angeles: University of California Press; 2003.
6. Nyeng F. Ethiske teorier. En systematisk fremstilling af syv etiske teoriretninger. København: Gyldendal Uddannelse; 2000.
7. Benjamin, M. & Curtis, J. Ethics in Nursing (3. Ed.). New York: Oxford University Press; 1992.
8. Veatch, R.M. A Theory of Medical Ethics. New York: Basic Books; 1981.
9. Ross, W.D. The Right and The Good. Oxford: Clarendon Press; 1930.
10. Biton V. & Tabak N. The Relationship Between the Application of the Nursing Code and Nurses' Work Satisfaction. International Journal of Nursing Practice 2003; 9: 140-157.
11. Esterhuizen P. Is the Professional Code Still the Cornerstone of Clinical Nursing Practice? Journal of Advanced Nursing 2006; 53 (1): 104-113.

12. Heikkinen A. et al. Ethical Codes in Nursing Practice: The Viewpoint of Finnish, Greek and Italian Nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 55 (3): 310-319.
13. Tadd W. et al. The Value of Nurses' Codes: European nurses' views. *Nursing Ethics* 2006; 13 (4): 376-393.
14. Verpeet E. et al. Nurses' Views on Ethical Codes: A Focus Group Study. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 51 (2): 188-195.
15. Heymans et al. Dutch Nurses' Views on Codes of Ethics. *Nursing Ethics* 2007; 14 (2): 156-170.
16. Kierkegaard S. Afsluttende uvidenskabelig Efterskrift. I Søren Kierkegaards skrifter, bind 7. København: Gad; 2002.