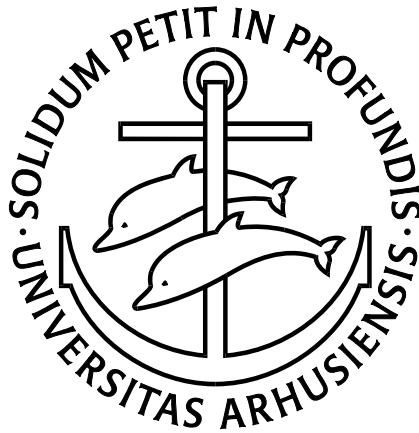


Kandidatspeciale



”Visse ting skal man ikke med sin forstand finde ud af, men med sit liv finde ind til” (Jørgen Carlsen)

En filosofisk-hermeneutisk belysning af kundskabsgrundlaget i sygeplejerskeuddannelsen og om æstetisk bevidsthed som omsorgens forudsætning

af

Kirsten Ravn Nielsen

KANDIDATUDDANNELSEN I SYGEPLEJE

Navn: Kirsten Ravn Nielsen
Modul: Speciale
Måned og år: Maj 2008
Vejleder: Regner Birkelund
Anslag: 191.819

**”Visse ting skal man ikke med sin forstand
finde ud af,
men med sit liv finde ind til” (Jørgen Carlsen)**

En filosofisk-hermeneutisk belysning af kundskabsgrundlaget i sygeplejerskeuddannelsen og om æstetisk bevidsthed som omsorgens forudsætning

Afdeling for Sygeplejevidenskab
Institut for Folkesundhed
Aarhus Universitet
Høegh-Guldbergs Gade 6A
Bygning 1633
8000 Århus C

FORORD

Den svenske forfatter Göran Rosenberg, skriver i sin bog ”Pligten, profitten og kunsten at være menneske”, at hvis mennesket tager sin eksistens for givet, hvis vi tror, vi er resultatet af vores egen indsats og får den idé, at vi ikke er afhængige af nogen andre – så tror vi måske heller ikke, at vi har nogen grund til at sige tak.

Jeg føler, at jeg har mange og gode grunde til at sige tak. Mange har fulgt med mig på vejen i dette projekt. Mange gode mennesker er jeg tak skyldig.

For det første vil jeg rette en stor tak til min vejleder lektor, ph.d. Regner Birkelund for med sine levende ord at have åbnet mine øjne for Grundtvigs rige og frugtbare univers. Tak for værdifuld vejledning og opløftende samtaler.

Tak til min ven og søster Randi Grøning, som med konstruktiv kritik har kommenteret, inspireret og bidraget til specialets tilblivelse.

En særlig tak til min dejlige familie, som har bakket mig op i mit forehavende og med deres indlevelse og nærvær har givet mig glæde og energi.

Sidst, men ikke mindst en stor tak til min mand Jens, med hvem jeg har delt både problemer og glæder i specialets tilblivelse. Uden hans omsorg, støtte og tålmodighed var jeg ikke nået hertil. Tak også for korrektur.

På en majdag i det 21. århundrede

Kirsten Ravn

Resumé

Med en antagelse om omsorg som sygeplejens kerne er specialet rettet mod det medmenneskelige og relationelle i sygeplejen. Mod det dannelsesmæssige, æstetiske aspekt i sygeplejerskeuddannelsen.

Uddannelsen er med en filosofisk-hermeneutisk tilgang perspektiveret til Aristoteles' vidensformer og til Grundtvigs livsoplysningstanker med den konklusion, at skal medmenneskelig omsorg i sygeplejen fremmes, må undervisningen ikke alene rettes mod fornuften, men tillige mod hjertet. Habermas' begreber om system og livsverden er anvendt i perspektivering af de samfundsbestemte betingelser for sygeplejens vilkår. Det viste sig, at dannelsen og dermed omsorgen for patienterne fortrænges af systemets krav om produktion, dokumentation og målopfyldelse. Dannelsesaspektet afspejles heller ikke umiddelbart i uddannelsestænkningen, som prioriterer teoretisk, videnskabelig viden. I specialet problematiseres, at det i bestræbelserne på at akademisere faget kan være svært at få øje på sagen for bare fag. Selv fænomenet omsorg sættes på begreb. Antagelsen synes at være, at teoretisk undervisning i teorier om omsorg i sig selv kan medvirke til at sygeplejersken møder patienten med indlevelse og nærvær. En antagelse, som ikke synes at holde stik, idet omsorg i praksis betegnes som "mangelvare".

Ganske vist erklærer politikerne, at patienterne er tilfredse. Referencen er de landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser. Disse indgår som parameter i akkreditering, som er middel til målet om et sundhedssystem i verdensklasse. De positive resultater har derfor politisk betydning. De knap så positive patientudsagn fra kvalitative undersøgelser afspejles derimod ikke i den politiske retorik.

Specialets resultater understreger, at teoretisk viden alene er en dårlig ledetråd for sygeplejersken. Derimod er det æstetiske, egne og andres erfaringer med livet vigtige. Sekundærf erfaringer, formidlet i kunsten kan bidrage med et nuanceret billede af livets fænomener som sygdom, lidelse og død og dermed give den sygeplejestuderende forståelse for patienten.

Ved studier af enkeltpersoners skæbner i den klassiske litteratur kan den studerende genfinde den livets kompleksitet, som evnen til at kunne foretage kløgtige bedømmelser tager afsæt i. Det æstetiske kan således bidrage til udvikling af den omsorgsmæssige dimension i sygeplejen i det æstetiske frirum, som "Skolen for Livet" kan danne ramme om.

Summary

With the title:

Certain things you shouldn't reach for intellectually;
they should reach you in your life

this dissertation focuses on the humane and relational aspects of nursing, assuming that care is the core of nursing. With a philosophical-hermeneutical approach, nursing education is put into the perspective of Aristotle's forms of knowledge. This leads to Grundtvig's thoughts of Life-Enlightenment and the conclusion, that if humane care in nursing should be advanced, education must not be directed only to rationality, but to heart as well.

With Habermas' theory about conditions of society, "Bildung" and education in nursing is put into perspective. It showed that taking care of patients is being displaced by system's demands for production, documentation and achievement of objectives.

Neither is the aspect of "Bildung" reflected in organizing education, giving priority to scientific knowledge. It is problematized, that because of efforts to make nursing scientific it can be difficult to spot the core matter. Care is turned into a concept as well. The implicit assumption seems to be, that theoretical education can contribute to the nurse meeting the patient with empathy and attention. This assumption does not seem to hold good as care in practice is referred to as a "short-supply good".

Indeed, politicians declare, referring to nationwide surveys covering patients' satisfaction, that patients are satisfied. Conclusions enter as parameters into accreditation, which is means to achieving the objective about a world class health sector. Consequently, mentioned positive conclusions have political importance.

The results of this dissertation state that theoretical knowledge on its own is a bad guide for the nurse. Supplementary life experience gained by the nurse and others is important.

Secondary experiences facilitated by art can as well contribute a differentiated picture of the phenomena of life such as illness, sufferings and death – and consequently give the nurse understanding for the patient. By reading about individual fates in the classical literature the student can retrieve the complexity of life, which founds the ability of making phronetic judgements. Thus, the aesthetic approach can contribute to developing the caring dimension in nursing within the aesthetic space that Grundtvig's "The School for Life" might frame.

Indholdsfortegnelse

Forord

Resumé

Summary

1. Indledning3

2. Problembeskrivelse.....7

- 2.1 De aktuelle samfundsbestemte vilkår for sygeplejen 8
- 2.2 Sygeplejerskeuddannelsens historiske udvikling 10
- 2.3 Sygeplejerskeuddannelsen i dag..... 15
- 2.4 Patientperspektivet 21
 - 2.4.1 Undersøgelsen ”Kræftpatientens verden” 21
 - 2.4.2 Undersøgelsen ”Patienters oplevelser på landets sygehuse” 23
- 2.5 Kritik af patienttilfredshedsundersøgelser..... 26
- 2.6 Sammenfatning..... 28
- 2.7 Problemafgrænsning og - formulering 31

3. Metode34

- 3.1 Den videnskabsteoretiske tilgang..... 35
 - 3.1.1 Hans-Georg Gadamer 37
- 3.2 Den sygeplejeteoretiske tilgang..... 40
 - 3.2.1 Kari Martinsen..... 40
- 3.3 Jürgen Habermas: Argumentation for teori og litteratur 42
- 3.4 Aristoteles: Argumentation for teori og litteratur..... 42
- 3.5 N.F.S. Grundtvig: Argumentation for teori og litteratur 44

4. Habermas46

- 4.1 Livsverden 46
- 4.2 System 47
- 4.3 Diskussion af sygeplejens vilkår i lyset af Habermas´ tanker 48

5. Aristoteles51

- 5.1 Det gode liv 52
- 5.2 Phrónesis – den praktiske kundskab..... 53
- 5.3 Epistéme – den videnskabelige kundskab 55
- 5.4 Téchne – håndværk og kunst..... 56
- 5.5 Diskussion af sygeplejerskeuddannelsen i lyset af Aristoteles´ kundskabssyn..... 57

6. Grundtvig	61
6.1 Den mosaik-kristelige grundanskuelse	64
6.2 Drengvidenskabelighed og Skolefuxerie.....	65
6.3 Hensigtsmæssig dannelse	66
6.4 Non scholae sed vitae discimus.....	68
6.5 Diskussion af sygeplejerskeuddannelsen i lyset af Grundtvigs skoletanker	71
7. Sammenfattende diskussion.....	75
7.1 Nutidens store tanke	75
7.2 Aristoteles´ store tanke	80
7.3 Oplysningstidens store tanke.....	82
8. Konklusion	85
9. Perspektivering	91
10. Litteratur og referencer	93

1. Indledning

Dette speciale vil være rettet mod det personlige og medmenneskelige i sygeplejerskeuddannelsen, mod dannelsesaspektet. Jeg vil lade en anmeldelse af den prisbelønnede film ”Hr. Lazarescus sidste rejse” udgøre prologen:

”Den rumænske filminstruktør Christi Puiu rammer lige ind i det danske sundhedsvæsen år 2006 med sin nye film om hr. Lazarescus sidste rejse. Ikke fordi Puius’ film foregår i Danmark, men fordi den viser, at næstekærlighed, omsorg og solidaritet ikke kan udfolde sig i markedstænkning og under knivskarpe prioriteringer. Med håndholdt kamera følger vi hr. Lazarescu fra han bliver syg i sin lejlighed, til han dør ensom på en bære, netop før han skal opereres. Forinden er han den hele lange nat blevet trukket gennem det rumænske hospitalsvæsen... Både hr. Lazarescu og det overanstrengte personale kan vi se i sammenhæng med systemet. Et system, hvor alle er presset ud på kanten af deres ydeevne og derfor ender i kulde og kynisme... Muren er faldet. Hvor blev menneskeligheden af?” (Busk 2006)

Min begrundelse for at lade ovenstående filmanmeldelse indlede mit speciale er, at skildringen af hr. Lazarescus møde med sundhedsvæsenet illustrerer, at netop nogle af de værdier, sygeplejen forbindes med - omsorg, næstekærlighed og solidaritet - har trange kår, når markedsorienteringen sætter sig igennem på områder, der har med de medmenneskelige relationer at gøre. Filmen viser, hvordan sygeplejersker og læger, presset til kanten af deres formåen, ser patienten som et objekt, mens de kun glimtvis magter at møde patienten som et menneske. Samtidig demonstrerer filmen også, hvordan fejl, utilsigtede hændelser eller undladelse af handlinger i mødet med sundhedsvæsenet kan få fatale konsekvenser. I hr. Lazarescus tilfælde letal konsekvens. Filmen er med til at minde os om, at der bag enhver ”diagnose” er et menneske med en unik livshistorie, individuelle værdier og præferencer. Filmen om hr. Lazarescu er således et eksempel på, hvordan kunsten kan bidrage til at synliggøre menneskets lod i mødet med sygdom, lidelse og død.

Specialet udspringer af et personligt engagement i og interesse for hvilken form for kundskab, der er brug for, hvis hr. Lazarescu, ja et hvilket som helst menneske med behov for hjælp fra de sundhedsprofessionelle, skal mødes med respekt og omsorg. Det kræver indlevelse og forståelse at yde omsorg. Men hvad *er* det, som danner klangbund for forståelsen for og indlevelsen i medmennesket? (Henriksen og Vetlesen 2000). Og hvad skal der til, for at sygeplejersken i den konkrete situation formår at se og møde patienten som et unikt og enestående menneske?

Min påstand er, at sygeplejerskens mulighed for at yde god sygepleje stækkes, hvis den alene er baseret på det teknologiske og målbare.

Det gælder i livet generelt, at mennesket reflekterer over livets forhold. Over spørgsmål om vores forhold til hinanden, til verden, til værdier. Sådanne eviggyldige spørgsmål er især vigtige at stille, når man i sit arbejde har med mennesker at gøre. Men det gælder i særlig grad i de mellem menneskelige relationer i et fag, hvis genstandsfelt er det syge menneske. Sygdom er et livsvilkår. Men det er væsentligt for forståelsen af patienten og dennes aktuelle livssituation, at det er et *ikke-valgt vilkår*. I denne sammenhæng træder den enkeltes sårbarhed og afhængighed særlig tydeligt frem. Ofte er det sådan, at vi først bliver bevidste om denne indbyrdes afhængighed, når vi i den konkrete situation har behov for, at nogen tager sig af os (ibid.). Sygeplejefaget er netop ”vokset frem som en reaktion på, at mennesker altid har trængt til og fortsat trænger til omsorg og pleje” (Kirkevold 2006:16), og omsorg anses ikke blot af Kirkevold, men af flere sygeplejeteoretikere som selve kernen i sygepleje (fx Scheel 1994, Martinsen 1993). I de Sygeplejeetiske Retningslinier fremhæves ligeledes betydningen af, at relationen mellem sygeplejerske og patient er båret af værdier som respekt og omsorg (Dansk Sygeplejeråd 2004). Et er imidlertid at have behov for andres omsorg. Noget andet er, om dette behov bliver imødekommet. Det var fx ikke tilfældet for hr. Lazarescu.

Det er min antagelse, at omsorg er sygeplejens kerne, hvor sygeplejerskens møde med og omsorg for patienten har stor betydning for patientens oplevelse af det at være syg og have brug for sundhedsprofessionel hjælp. Sygepleje er med andre ord en moralsk praksis.

Flere faktorer har medvirket til at øge min interesse for netop denne del af sygeplejen, som vedrører patientens egen oplevelse af sin situation som indlagt - værende syg, alvorligt syg, måske døende.

Den første faktor omhandler uddannelsen til sygeplejerske, som i de sidste årtier har gennemgået flere ændringer. Fra at være en overvejende praktisk disciplin, tilrettelagt som en form for mesterlære i klinisk praksis, har uddannelsen udviklet sig til et overvejende teoretisk studium og er nu en professionsbacheloruddannelse. Det har medført en prioritering af det videnskabelige, teoretiske indhold. Dels på bekostning af det praktiske kliniske forløb, dels på bekostning af uddannelsens humanistiske indhold. Den implicite tanke synes at være, at teoretisk viden om fx omsorgsteorier gennem teoretisk og klinisk undervisning umiddelbart kan omsættes i ”praktisk og personlig handlekompetence” (www.uvm.dk /2006 § 4). Viden er et centralt, men også et flertydigt begreb, skriver den svenske idehistoriker Bernt Gustavsson (2001), idet viden på samme tid er afgrænsede fakta og et dybt menneskeligt anliggende. Jeg stiller mig selv spørgsmålet, om videnskabelig viden om omsorg kan være et kriterium for at udøve god sygepleje? Og kommer omsorgen som sygeplejens værdimæssige kerne til udtryk i praksis?

En anden faktor, der har øget min interesse for patientperspektivet, drejer sig om, hvorledes den generelle samfundsudvikling påvirker vilkårene for at udøve sygepleje. Sundhedssektoren er i dag under kraftig forandring og er som på en lang række andre områder, karakteriseret af en tiltagende liberalisering, styret af politisk og administrativ praksis. Som sygeplejerske er man etisk og juridisk forpligtet i forhold til patienterne. Men på samme tid har det fælles og samfundsmæssige, herunder sygehuset som organisation i dette system, nogle krav og forventninger til sygeplejen (Weile 1995).

Spørgsmålet jeg her må stille er, hvilken betydning de gældende vilkår kan have for sygeplejerskens muligheder for at yde en medmenneskelig og helhedsorienteret sygepleje til den enkelte patient? Jeg vil således forholde mig reflektivt til det sociologiske perspektiv.

En tredje faktor, der har været medvirkende til min interesse for patientperspektivet og efterfølgende valg af speciale, er divergensen mellem forskellige undersøgelsesresultater, og den måde disse resultater anvendes på. Ifølge politikere som Bent Hansen og Lars Løkke Rasmussen¹ (2007a) er mellem ni ud af ti patienter tilfredse med deres ophold på sygehuset, mens det fra statsminister Anders Fogh Rasmussen² forlyder mellem otte og ti (2006). Et resultat, som umiddelbart forekommer positivt. Men alligevel undrer mig. Ganske vist konkluderer nyligt offentliggjorte undersøgelser fra Kræftens Bekæmpelse (Grønvold et al 2006) og Ugebrevet Mandag Morgen (2007), at langt de fleste patienter er tilfredse med selve den sundhedsfaglige behandling. Men de samme undersøgelser viser også, at sundhedsvæsenet på en lang række områder svigter patienternes personlige og medmenneskelige forhold. Helt konkret efterlyser patienterne omsorg, nogle at tale med, tid, nærvær og menneskelighed - forstået som interesse i, hvordan de har det. Mit tredje spørgsmål er derfor: Hvordan kan mellem 80 og 90 % af patienterne give udtryk for tilfredshed, hvis de på samme tid oplever sig svigtede på det medmenneskelige plan?

Det er min intention at udforske dannelsesaspektet med netop disse faktorer som baggrund. Jeg vil derfor uddybe disse forhold i den følgende problembeskrivelse.

¹ I specialet benævnt Løkke Rasmussen, men i litteratur og - referenceliste som Rasmussen Lars Løkke

² I specialet benævnt Fogh Rasmussen, men i litteratur og - referenceliste som Rasmussen Anders Fogh

2. Problembeskrivelse

Problembeskrivelsen er af hensyn til overskueligheden delt op i flere afsnit.

Indledningsvis vil der i afsnit 2.1 være en kort beskrivelse af den aktuelle sygeplejefaglige hverdag i Danmark, hvor vilkårene for at udøve sygepleje har ændret sig i takt med den teknologiske udvikling og de senere års tiltagende markedsorientering af sundhedsvæsenet. Historiske analyser kan skærpe opmærksomheden på nutidige forhold. Det følgende afsnit 2.2 vil derfor bestå af et historisk-empirisk tilbageblik på sygeplejerskeuddannelsen. Jeg vil på hermeneutisk vis prøve at sætte mig ind i de betingelser og vilkår, der har præget uddannelsen gennem årene i et forsøg på at forstå den udvikling, som har fundet sted (Vallgård 2004).

Det historiske afsnit leder naturligt frem til, at jeg i afsnit 2.3 vil redegøre for vilkårene for sygeplejeuddannelsen i dag og forsøge at afdække eventuelle modsætningsforhold mellem ønsker og virkelighed i vort aktuelle sundhedssystem.

Med henblik på udfoldelse af patientperspektivet vil jeg dernæst i afsnit 2.4 fokusere på patienternes oplevelser i forbindelse med deres kontakt med sundhedsvæsenet. Til dette formål har jeg valgt at benytte data fra to patientbaserede undersøgelser.

Dels anvendes empiriske data fra patientudsagn, som stammer fra projektet ”Kræftpatientens verden – En kvalitativ undersøgelse af hvad danske kræftpatienter har brug for”, gennemført af Forskningsenheden på Bispebjerg Hospital (Grønvold et al 2006).

Dels inddrages data fra den sidste ”Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser” – LUP (Østerby, Hansen, Freil 2006). Denne spørgeskemaundersøgelse gennemføres hvert andet år i et samarbejde mellem indenrigs- og sundhedsministeriet som et middel til kvalitetssikring.

Når jeg har valgt at inddrage LUP i specialet, skal det ses i sammenhæng med, at patienttilfredshedsundersøgelserne af politikerne anses som ”et vigtigt værktøj til at nå målsætningen om et sygehusvæsen, der også i patientens øjne kan måle sig med de bedste internationalt” (Hansen B og Rasmussen LL 2007b:5). Det er derfor min opfattelse, at disse undersøgelser

har indflydelse på de politiske dispositioner for sygehusvæsenet og dermed også indirekte kan påvirke anbefalingerne for sygeplejerskeuddannelsen.

Men først en kort beskrivelse af de gældende vilkår for sygeplejen.

2.1 De aktuelle samfundsbestemte vilkår for sygeplejen

Sygepleje er først og fremmest et praktisk fag (Birkelund 1999, Kirkevold 2003), som eksisterer på baggrund af samfundets forventninger til professionen. Kirkevold benævner dette fagets sociale mandat (ibid.). Det betyder, at vilkårene for at udøve sygepleje er påvirket af samfundets betingelser, rammer og strukturer. Politikerne ønsker et ”sundhedssystem i verdensklasse” (Hansen B 2007; Hansen B og Rasmussen LL 2007a) og har fokus på kvalitetsudvikling. I arbejdet med kvalitetsudvikling anses akkreditering som en velegnet metode. Akkreditering er defineret som ”en procedure, hvor et eksternt, anerkendt organ vurderer, om en aktivitet, ydelse eller institution lever op til et sæt af fælles standarder” (Sundhedsstyrelsen 2004:31). Derfor indgår akkreditering som en vigtig del i Den kommende Danske Kvalitetsmodel (Mainz og Bartels 2003). Det betyder, at alle sundhedsfaglige medarbejdere på landets sygehuse inden længe skal arbejde med standarder og indikatorer (Villadsen, Ibsen, Mainz et al 2007), hvis de ikke allerede gør det. Såvel Kvalitetsreformens omkring 150 standarder som de tilhørende 6-700 indikatorer er udarbejdet på evidensbaseret grundlag og er diagnose- og sygdomsspecifikke (Sundhedsstyrelsen 2004). Sygehuset kan akkrediteres, hvis det ud fra en omfattende og systematisk måling og dokumentation af den enkelte standards indikatorer lever op til de fastsatte mål (ibid.). Akkrediteringen danner således grundlag for at sammenligne og offentliggøre kvaliteten på tværs af sygehuse og afdelinger. Ikke bare i Danmark, men også i udlandet. Gennemsigtighed, som den tidligere sundhedsminister Løkke Rasmussen siger (2004).

Akkreditering som redskab til kvalitetsvurdering, ja. Men endnu har ingen kunnet påvise, ej heller internationalt, at behandlingsresultaterne bliver bedre som følge af akkreditering. Indirekte og knap så gennemsigtigt er akkreditering måske blot et redskab til at styre arbejds- gange og ressourcer gennem skabelse af en form for markedssituation, hvor sygehuse og afdelinger ligger i indbyrdes konkurrence? Diskursen illustreres af ord og begreber som pro-

duktivitet og effektivitet, konkurrence og privatisering, mens patienterne italesættes som brugere med krav på service og med mulighed for ”frit valg på alle hylder” (ibid.).

Den *politiske* fordring byder således sygeplejersken så vidt muligt at handle ud fra rationelle, evidensbaserede retningslinier med efterfølgende dokumentation. En dokumentation der synliggør, om faget lever op til samfundets krav om kvalitet og effektivitet med henblik på optimal udnyttelse af de økonomiske og menneskelige ressourcer.

Imidlertid er det sådan, at fordringen om støtte og omsorg opstår i den konkrete relation mellem patient og sygeplejerske (Juul Jensen 1995). Og her stiller *faglige* idealer krav til sygeplejersken om at kunne sætte sig ind i, hvordan situationen ser ud fra patientens perspektiv. Det er her, i det konkrete, sanselige nærvær, sygeplejersken opnår den fornødne indsigt til at kunne forstå patienten og tilrettelægge sine handlinger.

Tanken om et akkrediteringssystem udfordrer mig og får mig til at reflektere over, om mellem menneskelige relationer og værdier kan registreres, og om omsorg kan reduceres til at være et mål i sig selv? Jeg tvivler på, at sygeplejersken kan være fuldt til stede samtidig med, at opmærksomheden er rettet mod standardernes teknologiske rationalitet, sådan som også Kari Martinsen (2000) er inde på. Som udtryk for den almene og generelle viden pointerer Gadamer, at en standard er ”meningsløs, ja, truer med at tilsløre de konkrete krav, der udgår fra situationen” (2004: 298). Sygeplejersker er generelt bekymrede og urolige over rationaliteten i denne udvikling, hvor der ikke bliver taget højde for det faglige skøn, og hvor de mellem menneskelige værdier ikke bliver inddraget. Et forhold Andersen og Dybbroe (2004) gør rede for med baggrund i en interviewundersøgelse for Dansk Sygeplejeråd.

Alle ønsker vi kvalitet. Men opfattelsen af, hvad der kan betegnes som kvalitet, afhænger af den enkeltes perspektiv. I daglig tale og i den politiske retorik er kvalitet noget fint, måske det bedst tænkelige. Men kvalitet kan opfattes individuelt, og enhver kan lægge sine egne vurderinger ind i dette åbne begreb (Dahler-Larsen 2007b). Hvad betyder det fx for patienternes oplevelse af kvalitet, når omsorgsarbejdet og relationen mellem patient og sygeplejerske ændres til noget, der ligner et ”kundeforhold”? Når de politiske incitament næsten udelukkende ansporer til øget produktion uden plads til ”bløde værdier”?

Eksempelvis skildrer en sygeplejerske i en kronik i dagbladet Politiken nogle af de forhold, som opleves af patienter og personale på sygehuse. Patienter som dør i en uværdig trafik af medpatienter og fortravlet personale, patienter som modtager en dødelig diagnose i overværelse af fremmede, en døende patient med brug for omsorg, som ikke vil ringe efter sygeplejersken - "I har jo så travlt". Det er vilkår, der ikke stemmer overens med de grundlæggende forventninger om pleje og omsorg, vi alle kan få brug for. Afmagten over de gældende arbejdsvilkår fik denne sygeplejerske til at sige sin stilling op. "Jeg er SÅ tilfreds med at have sagt op! Fordi man umuligt kan gøre det godt nok" (Kongsgart 2007).

Spørgsmålet er, hvilken indflydelse det har på relationen mellem patient og sygeplejerske, når et system på den måde koloniserer et andet med uhensigtsmæssige og skadelige tilnærmelsesmåder? (Martinsen 2005). Og hvilken betydning har den politiske prioritering af hele den teknologiske rationalitet for sygeplejerskeuddannelsens indhold og tilrettelæggelse? "Hvis vi vil forstå nutiden, må vi vide, hvordan den er blevet til" lyder det fra den norske historiker Kjeld Stadli (2002:22). Inden afsnittet om patienternes oplevelser finder jeg det derfor relevant at inddrage en historisk synsvinkel på udviklingen af den danske sygeplejerskeuddannelse.

2.2 Sygeplejerskeuddannelsens historiske udvikling

Ethvert fag og enhver uddannelse eksisterer i nogle bestemte historiske rammer og er tæt knyttet til den generelle samfundsudvikling. Det gælder også sygeplejerskeuddannelsen, hvor synliggørelse af fagets historie dokumenterer den udvikling, der er sket med faget gennem mange år.

Birkelund pointerer, at det at vide, at man er skabt og formet af sin fortid, er at se sig selv i en sammenhæng, som giver identitet (2001). Det er med andre ord værdifuldt at kende sine rødder og trække nogle linier bagud. Hvad enten det er til den personlige historie eller til den historie, der er knyttet til det faglige virke.

Den almindelige opfattelse er, at sygepleje startede med Florence Nightingale. Men sygepleje startede ikke som et fag, men som en sag (Fink 1999). Og som Birkelund siger, har sygeplejens historie ”præcis samme udstrækning som sygdommens historie” (2004:220). I antikens Grækenland skelnede man ikke mellem behandling, forebyggelse og pleje af de syge. I de hippokratiske skrifter ”Corpus Hippocraticum” hedder det bl.a. ”... hvor der er kærlighed til menneskeheden, er der også kærlighed til lægekunsten. Skønt er det at drage omsorg for de syges helbredelse og vogte de sunde mod sygdom” (Juul Jensen: forelæsning 7.10.2005). Heller ikke i middelalderen var sygepleje adskilt fra den behandling, der efterhånden blev udviklet, men blev i klostrene varetaget af nonner og munke ud fra et kristent livssyn. Det væsentlige var evnen til at sætte sig ind i andres lidelse. ”Stundom Helbrede, Ofte Lindre, Altid Trøste” er ”ledetråden”. Disse ord kan stadig ses som en inskription over porten til det gamle Århus Amtssygehus, som i lighed med flere hospitaler oprindeligt blev grundlagt af den katolske nonneorden Sct. Joseph-søstre.

Da klostrene i Danmark blev nedlagt i forbindelse med Reformationen i 1500-tallet, gik klostrenes organisation af sygepleje i opløsning, og en værdifuld faglig tradition forsvandt. Mens den medicinske videnskab udviklede sig og gjorde fremskridt, gik klostrenes opsamlede viden om pleje tabt (Bjørsson 1999). Sygeplejehistorisk betegnes epoken som ”sygeplejens mørke periode” (Malchau 2003:139). Plejen af de syge blev overladt til stue- og vågekoner, som ikke blot var uden uddannelse, men tillige blev betragtet som udannede, rekrutteret som de var fra samfundets lavere sociale lag (Birkelund 2004).

Med tiden voksede behovet for en mere kvalificeret arbejdskraft end den, vågekonerne kunne tilbyde og i 1868 blev de første skridt taget til etablering af sygepleje som fag. I takt med de medicinske fremskridt havde hospitalerne ændret karakter fra at være et sted for syge og fattige til nu også at omfatte behandling af borgerskabet. Derfor ønskede lægerne, at sygepleje skulle gøres til et respektabelt fag, og at vågekonerne skulle afløses af dannede kvinder fra det bedre borgerskab, idet ”der til at være en dygtig Sygeplejerske ikke blot udkræves Anlæg, men også Kundskaber” (Birkelund 2004:226). Dette synspunkt divergerede fra opfattelsen hos flertallet af landets læger, som mente, at en ren praktisk oplæring af sygeplejerskerne under lægens vejledning var tilstrækkelig. ”Sygeplejersken skal være et instrument i

Lægens Haand, thi hvis en anden stærk Haand har Tag deri, løbes en stor Risiko for, at Instrumentet ved lejlighed vrides ham af Haanden” (Malchau 2003:158).

Det varede otte år før etableringen af en etårig uddannelse, som kunne ”... betros til Kvinder, som særligt have helliget sig dette Kald, og som baade ved almindelig Dannelse og ved en speciel Fagdannelse have forberedt sig dertil” (ibid). Forudsætningen for sygepleje var det kristne kald med dannelse og omsorg som ledende værdier. Vidensmonopolet blev energisk forfægtet af lægestanden, som alene havde behov for en faggruppe, der kunne assistere ved den lægelige behandling og varetage funktioner af praktisk karakter. En opfattelse, som også afspejler datidens syn på kvinden, som forventedes at indtage en underdanig plads i samfundet.

For sygeplejerskerne blev de kommende år én lang kamp for uddannelse og bedre arbejdsforhold.

Henny Tscherning, der blev Dansk Sygeplejeråds første formand (1899-1927), var inspireret af Florence Nightingale, hvis ideer hun forsøgte at overføre til Danmark. Men til trods for den lægevidenskabelige udvikling, som umiddelbart krævede mere kvalificeret sygepleje, veg såvel stat som lægestand tilbage for en teoretisk uddannelse af sygeplejersker.

Dansk Sygeplejeråd (DSR), grundlagt i 1899, kom til at spille en afgørende rolle i den magtkamp, der efterfølgende udspillede sig om sygeplejerskernes uddannelse. DSR's primære forehavende var ikke møntet på lønforhold, men på en forbedring af sygeplejerskernes stilling og anseelse. Ønsket var en uddannelse af 3 års varighed, indeholdende både teori og praktik. Dette vakte stor modstand hos mange læger, som indirekte frygtede, at sygeplejerskerne skulle lære så meget, at de begyndte at handle på egen hånd. ”De skal jo ikke lære andet og mere, end hvad der kan lette Dem forståelsen af den praktiske Gerning...” (I: Petersen 2004:181).

Mere end 30 års diskussion skulle der til, før sygeplejen fremstod som et selvstændigt fag og i 1933 blev statsautoriseret. Langt om længe fik faget samfundets faglige anerkendelse. DSR

havde spillet en afgørende rolle i denne proces og fik på den måde skabt tradition for at være impliceret i medlemmernes uddannelse og faglige udvikling. Et eksempel på dette er DSR's overtagelse og indretning af Testrup Højskole til sygeplejeforskole i 1927.

I min søgen efter dannelsesaspektet i den aktuelle sygeplejerskeuddannelse er det interessant at erfare, hvorledes Testrup Højskole i de følgende år kom til at danne forbillede for de i alt 11 danske sygeplejeforskoler i højskoleregi. Traditionelt forbindes højskolers værdimæssige grundlag ganske vist ikke med faglig uddannelse. Sandsynligvis var årsagen til sygeplejeforskolernes indtog på højskolerne pragmatisk og begrundet i ledig kapacitet. Ikke desto mindre blev Testrup Højskole hjemsted for et "Et pædagogisk eksperiment", en "Forskole i Højskolen", hvis ideer blev udbredt til de følgende sygeplejeforskoler (Birkelund 2004). Årsagen hertil mener jeg skal findes i, at Maren Grosen, Testrups første forstanderinde, og hendes medarbejder Ingrid Kaae ud fra en grundtvigiansk tankegang kombinerede forskolens undervisning af de kommende sygeplejeelever med højskolens tanker om livsoplysning og personlig dannelse (ibid.). Grosen var overbevist om, at det ikke var abstrakte teorier, der fremmede elevernes personlige dannelse, omsorgsevne og medmenneskelige sider. Derfor blev almindende undervisning med fag som litteratur, historie, kristendomskundskab og dramatik set som en vigtig forberedelse til den faglige undervisning og den påfølgende rolle som sygeplejerske. Gode menneskelige relationer og et trygt miljø karakteriserede undervisningen, hvor der udover samtalens pædagogik og livsglædens etik (Birkelund 2001) blev lagt vægt på æstetiske indtryk, som "er i stand til at stemme sindet med livsglæde og sanselig erkendelse til følge" (Birkelund 2004:235).

Det er trekvart århundrede år siden, men allerede da bekymrede Grosen sig for, at en udvikling hvor effektivitet samt tekniske og administrative færdigheder blev sat i højsædet, ville få sygeplejerskerne til at svinge omsorgen, medmenneskeligheden og den direkte patientpleje (Wingender 1999).

Forskoleundervisningen blev med tiden knyttet til hospitalernes sygeplejerskoler, og den sidste sygeplejehøjskole lukkede i 1981(ibid.). Hermed forsvandt det alment dannende og kul-

turelle fra sygeplejerskeuddannelsen. Men med sin særlige tilgang kom Testrup Højskole til at udgøre en kulturhistorisk epoke i sygeplejerskernes uddannelseshistorie (Birkelund 2004).

I 1956 blev ”Lov Om Sygeplejersker” vedtaget. Det i 1957 følgende ”Cirkulære om Sygeplejerskeuddannelsen” og ”Anordning om Sygeplejerskeuddannelse” angav henholdsvis rammer og bestemmelser samt de mere konkrete regler for uddannelsens teoretiske og praktiske indhold og eksaminer. Sundhedsstyrelsens skulle godkende uddannelsesstederne, som blev forpligtede til at følge Kgl. Anordning om Sygeplejerskeuddannelsen (Malchau: 2003). En forudsætning for optagelse var gode skolekendskaber. Men nok så vigtigt var elevens personlige egenskaber. Uddannelsen fungerede som mesterlæreuddannelse med sygeplejeverne som en væsentlig del af afdelingens normering. Mens de 138 ugers praktik blev tilrettelagt ud fra de medicinske specialer, blev de 42 ugers teori fordelt på undervisning i arbejdstiden og på læsekurser (Gøtzsche 1993) med lærebøger og undervisere, hvis forfattere for hovedpartens vedkommende var - læger!

Der blev i de følgende år foretaget flere justeringer af især uddannelsens teoretiske indhold. Med Anordning nr. 31 af 29. januar 1979, hvor teoridelen blev forøget med ikke mindre end 30 uger (ibid.). Nu var kriteriet for optagelse ændret til minimum en 10. klasse eksamen med tilfredsstillende resultat. Uddannelsen fortsatte som mesterlære, en generalistuddannelse, hvor eleverne som en indregnet del i afdelingens normering oppebar elevløn og efter endt uddannelse umiddelbart kunne varetage erhvervet som sygeplejerske.

I takt med det moderne samfunds og den offentlige sektors udvikling er der bevægelser på de ideologiske og fagpolitiske fronter. Tiden er ved at løbe fra mesterlæren og DSR ønsker og kæmper for udvikling af sygepleje som profession. Med den skelsættende reform i 1990, hvor uddannelsen formelt blev ændret til en mellemlang, videregående uddannelse og et studium, blev optagelseskriteriet ændret til en gymnasial eksamen. Den fremtidige sygeplejerske var studerende og ikke længere elev, kunne oppebære Statens Uddannelsesstøtte i stedet for løn og var først en del af normeringen i den afsluttende praktik. Den teoretiske undervisning blev atter prioriteret og fyldte for første gang i sygeplejens historie fyldte mere end ti-

den i praksis (ibid.). I klinikken skulle de studerende superviseres og have tid til at reflektere over praksis. Visionen var, at sygeplejefaget skulle hvile på et videnskabeligt grundlag, hvor sygeplejens handlinger kunne dokumenteres og kvalitetssikres (Birkelund 2004). I stigende omfang blev grundlaget for sygepleje hentet i sygeplejeteorier frem for i fagets erfaringer og traditioner. Den implicite antagelse syntes at være teori som foreskrivende for praksis.

11 år senere fik uddannelsen til sygeplejerske status af en professionsbacheloruddannelse. Dobbeltbetegnelsen indikerer, at de studerende både skal erhverve akademiske kvalifikationer på bachelorniveau, men samtidig skal uddannes til selvstændigt at fungere i professionen.

I Bekendtgørelsen af 2001 og 2006 ³(www.uvm.dk) lyder formålet, at de studerende skal ”Opnå en kritisk og analytisk kompetence med henblik på at kunne vurdere, begrunde og udvikle deres professionelle virke i forhold til patienten”. Sygepleje som fag har således bevæget sig væk fra udelukkende at være en praktisk virksomhed til i dag at være en praksis, som kan udforskes, systematiseres og sættes på begreb. Med andre ord er faget nu ikke blot et håndværk, men også en videnskab.

Efter mange års kamp er den fagpolitiske vision om sygeplejen som selvstændig profession indfriet og den studerende i sygepleje forberedt til den etablerede kandidatuddannelse i sygepleje på Det Sundhedsvidenskabelige Institut ved Århus Universitet med efterfølgende mulighed for en ph.d.-grad.

2.3 Sygeplejerskeuddannelsen i dag

Den opnåede akademisering af sygeplejefaget skal dog ikke forlede til at tro, at ”Dansen om sygeplejerskeuddannelsen” (Holen 2006:24) er slut. Generelt tiltrækker uddannelsen sig offentlighedens bevågenhed og i medierne føres en livlig debat for og imod videnskabeliggørelse. Der har været fremført synspunkter om, at uddannelsens teoretiske del ikke retter sig tilstrækkeligt mod den praksis, de nye sygeplejersker skal fungere i. Flere er skeptiske over

³ Jeg gør opmærksom på, at jeg i specialet har forholdt mig til Bekendtgørelse nr. 1095 af 07/11/2006 og ikke de senere ændringer til forskriften, vedtaget 2008

uddannelsens prioritering af samfundsorienteret og filosofisk teori frem for naturvidenskabelig teori og teori om den kliniske praksis. Desuden er der, ikke mindst fra det medicinske felt, givet udtryk for bekymring over de nyuddannedes færdigheder i forhold til de opgaver, de skal løse i sundhedsvæsenet, og at de ikke ”behersker håndværket og lever op til forventningerne ude i virkeligheden”, sådan som en overlæge fx meldte ud (Duus 2006). Men også inden for fagets egne rækker frygter mange sygeplejersker, at sygeplejen bliver underlagt det medicinske og naturvidenskabelige paradigme.

Sideløbende med denne kritik ses et stigende antal patientklager, som især drejer sig om manglende omsorg, indlevelse, evne til at lytte og tage individuelle hensyn (Hansen 2003). En undersøgelse foretaget af Holm-Petersen (2006) for Dansk Institut for Sundhedsvæsen viser, at sygeplejerskerne faktisk kun bruger 1,2 % af deres tid på omsorg, defineret som tid anvendt til at tale med patienterne om, hvordan de psykiske og følelsesmæssige aspekter ved deres sygdom kan håndteres. Det er svært, om overhovedet muligt, at sætte tal på, hvor stor en del af sygeplejerskens tid, der burde bruges på omsorg. Men 1,2 % er alt, alt for lidt. Spørgsmålet er, om sygeplejerskernes prioritering kan ses som en naturlig konsekvens af, at regeringen belønner de sygehuse, der leverer størst produktion? Sygepleje indgår som en del af grund- og basisudgifterne i ”produktionen” i et særligt afregningssystem, det såkaldte DRG-system (Diagnose Relaterede Grupper) – og det uanset om sygeplejen ydes til en selvhjulpne eller plejekrævende patient. Kan det tænkes, at tidspresset og den krævede, krævede behandlingseffektivitet er en direkte trussel mod udøvelse af den gode omsorg for patienten?

Kan der mon være risiko for, at omsorgen nedprioriteres af sygeplejerskerne, fordi der fra systemets side er pres på for at få så mange patienter som muligt ”igennem”, hvorved hensynet til behandling overskygger behovet for omsorg og pleje? En betragtning som også Nor-tved (2001) fremsætter. Hvis det er tilfældet, mener jeg, at det simpelthen er selve strukturen og systemet, der hæmmer omsorgen og de tillidsfulde relationer.

De mange patientklager har foranlediget en projektgruppe under Århus Amt til at udarbejde 20 anbefalinger til sundhedspersonalet. En ”art checkliste” for bløde værdier, som P. Rohde,

kontorchef og medlem af projektgruppen siger, idet han opfordrer til, at anbefalingerne også benyttes som redskab til måling og dokumentation af kvaliteten af en afdelings ydelser (Jungersen 2001: 6931). Men kan ”bløde værdier” videnskabeliggøres? Kan indlevelse være en opgave, som dokumenteres med et flueben i en checkliste? Ligger der en implicit tanke om, at dokumentation i sig selv er motiverende for personalet til større indlevelse, mere nærvær, bedre omsorg?

Netop begrebet omsorg betragtes som sygeplejens bærende værdi. ”Sykepleie kan ikke forstås uten som en omsorgshandling”, som Marit Kirkevold erklærer (1993:9). Dette synspunkt deles af Birkelund som mener, at omsorg har langt mere med dannelse end med uddannelse at gøre. Og dannelse, fortsætter Birkelund, ligger som en implicit dimension i enhver uddannelse, uanset om det er en størrelse, som er tænkt ind i uddannelsen eller ej⁴. En uddannelse påvirker med andre ord de mennesker, den retter sig imod. Det gælder også de sygeplejestuderende. Det er derfor ikke lige meget, hvordan en uddannelse er ”skruet sammen” (Birkelund 2000a:8).

Er sygeplejerskeuddannelsen ”skruet sammen”, så den fremtidige sygeplejerske er ”dannet” til at udvise omsorg i relation til de patienter, hun er sat til at værne om? Spørger vi en repræsentant for de studerende, lyder svaret: ”Nej, det er i sandhed vanskeligt at møde op på en afdeling med en teoretisk værktøjskasse, der hverken kan hamre eller slå søm rigtigt i” (Nøjgaard 2002:19). Et forhold som sygeplejersker i praksis ofte er vidner til. De oplever, hvor vanskeligt det synes at være for den studerende at udvise nærvær, indlevelse og omsorg i deres relation til patienten, således at det spontane og umiddelbare fortoner sig.

Min formodning om årsagen hertil er, at teorien kommer til at stå hindrende i vejen for den studerendes indlevelse og omsorg for patienten.

Det er en problematik, som Tine Rask Eriksen (1998) har beskæftiget sig med. I sin afhandling om forhold i sygeplejerskeuddannelsen finder Eriksen, at de studerendes personlige er-

⁴ Paideia, det græske ord for opdragelse, omfatter personlig dannelse og oversættes på latin til humanitas – det, der har med mennesker at gøre, som eksempelvis kunst, kultur, sprog, filosofi. Dannelse er med andre ord opdragelse til det, der angår mennesker (DSDE).

faringer og handlekompetencer ikke inddrages i undervisningen ved indlæring af de sygeplejefaglige kundskaber. At indlæringen derimod sker gennem abstrakte og svært tilgængelige teorier, som står i vejen for det at handle og forholde sig til et sygt menneske. Ja, at uddannelsens form og indhold ligefrem virker dequalificerende på det, som hun med henvisning til Bourdieu kalder de studerendes "omsorgskapital". Dvs. den livshistoriske omsorgskompetence, som de studerende har med sig ind i uddannelsen som almene kompetencer (Hansen 2003). Eriksen argumenterer således for en erfaringsbaseret uddannelse med en form for mesterlære som den ideelle læringsform.

I overensstemmelse hermed argumenterer Martinsen for "den praktiske kunnskabens betydning i sygeplejen" (2005:137) og fremhæver, at der i mødet med patienten er brug for almen menneskelig kundskab. En kundskab der med den erfarne sygeplejerske som forbillede kan erhverves i praksis, i det Martinsen med reference til Aristoteles kalder "livets skole". Martinsen kritiserer sygeplejens akademisering og metoder og finder eksempelvis standarder hæmmende for omsorgsrelationen. Man kan vanskeligt være medlevende i "modeller, regler og principper" (2000: 175). Ikke fordi evidensbaseret medicin og sygepleje afvises. Men frem for det nuværende og dominerende kundskabshierarki, hvor "vitenskapelig-teknisk kunnskab blir gjort til modell for menneskelige handlinger af praktisk-etisk karakter" (2005), bør de forskellige kundskabsformer ifølge Martinsen være "likeverdige og gjensidig utfylende" (Martinsen og Boge 2004:1).

Det skal dog bemærkes, at heller ikke mesterlæren er problemfri. Selv om der i et praksisfællesskab er et stort kundskabspotential, så byder det også på dårlige læresituationer så som ureflekterende læremestre (Heggen 1995:192) og tilfældig pleje, baseret på "gode intentioner og personlige meninger om, hvad ordentlig sygepleje var" (Bagh 2006 a:64). Lige som Wackerhausen (1993) erindrer om, at mesterlæren historisk set ofte har været undertrykkende og grænsende til det fornedrende. På linie med Eriksen mener han, at den "skjulte læreplan" (2002:72), som de studerende er udsat for under studiet, er årsag til gradvis aflæring af de oprindelige omsorgskompetencer til fordel for en mere teoretisk indfaldsvinkel.

Endelig må det ikke glemmes, at den øgede specialisering og intensivning af patientbehandling og pleje stiller krav om et helt andet uddannelsesforløb end mesterlæren.

Den massive kritik af uddannelsen har imidlertid ikke ændret på de fagpolitiske ambitioner. Det viser sig nemlig, at det ikke bare er sundhedssystemet, der skal være i verdensklasse. Står det til Dansk Sygeplejeråd skal såvel uddannelsen til sygeplejerske (Hansen og Kruckow 2006) som sygeplejeforskningen være i "verdensklasse" (Dansk Sygeplejeråd 2005:22). Det fremgår af DSR's rapport "National Strategi for Sygeplejeforskning 2005-2010". Ifølge denne rapport er det forskning, underforstået det naturvidenskabelige paradigme, som skal danne grundlag for sygeplejens faglige udvikling. Forskningen skal simpelt hen "drive udviklingen" (ibid.:19) i faget og være anvendelsesorienteret med sigte på at udvikle sin position i såvel den aktuelle kvalitetsstrategi som i den kommende kvalitetsmodel. Den erhvervede faglige viden tænkes implementeret via "referenceprogrammer, kliniske kvalitetsdatabaser, kvalitetsdeklarationer samt udvikling af en dansk model for kvalitetsudvikling" (ibid.:17). En forståelse af praksis som Schön refererer til som en "teknologisk forståelse af praksis"(Kirkevold 2003:50).

Hvad angår den fremtidige uddannelse af de sygeplejestuderende lyder anbefalingen "at undervisningen baseres på forskning og varetages af undervisere med forskningskompetence", da "der er behov for, at de studerende allerede i løbet af professionsbacheloruddannelsen i sygepleje undervises i forskning og forskningsmetodologi" (Dansk sygeplejeråd 2005:19). Idet rapporten ikke nævner andre erfarings- og vidensformer end den evidensbaserede, naturvidenskabelige, efterlader strategien for mit vedkommende et forenklet indtryk af, hvilken viden der er brug for i en kompleks sygeplejepsiksis - i et fag, hvis genstandsfelt er det syge menneske og ikke en sygdom.

Skal man tro Hansen og Kruckow (2006) er det ikke desto mindre "logik", at "sundhedsvidenskabelig teori skal fylde mere" i uddannelsen, idet sygeplejerskerne hele tiden skal forholde sig til "ny teknologi, ny medicin og ny viden". Der skal være "et godt teoretisk fundament i uddannelsen". Et sundhedsvæsen i verdensklasse er simpelt hen betinget af en "sygeplejerskeuddannelse i verdensklasse" (ibid.).

”I kan skrinlægge alle løfter om et sundhedsvæsen i verdensklasse, hvis I forkorter sygeplejerskeuddannelsen eller skærer ned på mængden af teori” (Kruckow 2006a), lød det utvetydige budskab således advarende fra DSR’s formand til landets politikere, da der i 2006 med baggrund i kritikken af såvel uddannelse som de nyuddannedes kliniske færdigheder atter blev taget skridt til en revision af uddannelsen. Fagpolitisk var der tydeligvis frygt for at miste professionsbachelortitlen. Kruckow (2006b) betegnede det derfor som ”en sejr for uddannelsen”, da den nye Betænkning nr.1095 af 7/11/2006 blev vedtaget. Dels forblev uddannelsen en professionsbacheloruddannelse af 3 ½ års varighed. Dels forblev forholdet uændret mellem 60% teori og 40% praktik.

Ifølge Bekendtgørelsen har uddannelsesinstitutionen ansvar både for de ”teoretiske og kliniske uddannelseselementer” (www.uvm.dk /2006). Også for praktikken, som nu benævnes klinisk undervisning. Videre skal uddannelsen ”tilrettelægges ud fra en grundlæggende videnskabsteoretisk forståelse, som gør det muligt at studere teorier, begreber og metoder fra sygepleje og andre fag, som bidrager til at beskrive, forklare og forstå de specifikke problemer” (www.uvm.dk /2006 § 4).

Angående uddannelsens prioritering af filosofisk og samfundsorienteret teori har revisionen lyttet til bl.a. det medicinske felts massive kritik, således at disse fag nu har et reduceret timetal. En ændring som sygeplejerskernes formand bifalder. Det er ”positivt at den sundheds- og naturvidenskabelige teori bliver prioriteret højere” (Kruckow 2006b). En ændring som for mit vedkommende indikerer, at forhold som intuition, personlig vurdering og etisk ræsonnement ikke blot fra politisk, men også fra DSR’s side undervurderes og anses som mindre væsentlige.

Jeg vil derfor i problembeskrivelsens næste afsnit se nærmere på, hvordan patienterne, hvorom det hele bør handle, oplever mødet med sundhedsvæsenet.

2.4 Patientperspektivet

Først og fremmest efterlader den offentlige debat og de undersøgelser, som bl.a. Kræftens Bekæmpelse (Grønvold et al 2006) og Ugebrevet Mandag Morgen (2007) har foretaget, et forstemmende indtryk af et sundhedsvæsen, der på flere områder ikke indfrier patienternes ønsker og behov for omsorg. Det er næsten, som om mennesket glemmes i bestræbelserne på at behandle flest mulige sygdomme så hurtigt og effektivt som muligt. At vi ”blir stadig flinkere til å behandle sykdommer og stadig dårligere til å behandle syke mennesker” (Hjort 2001:12).

Denne tankegang - at det er sygdommen og ikke det syge menneske, som er i fokus - kan undre og er ikke i harmoni med, at patientens perspektiv i de senere år har fået såvel politisk som offentlig bevågenhed. Der er ligefrem talt om et ”paradigmeskifte”, idet det i følge Den Nationale Strategi for Kvalitetsudvikling ikke længere blot er: ”... de hårde data som fx behandlingsresultater” som skal være styrende for, hvordan kvalitet kan vurderes og udvikles. Det skal i lige så høj grad være patienternes oplevelser og erfaringer, de såkaldte ”bløde data som omsorg og empati” (Hansen 2003:13f).

En sådan tilgang anbefales og beskrives også i publikationen ”Når patienten vågner - et debatoplæg om det 21. århundredes patientkultur”. Heri fremgår, at ”patientens helbredelse og oplevelse af helbredelsesprocessen ikke længere [anses] som klart adskilte størrelser” (Hede og Andersen 1999:76). Dertil indeholder Lov om Patienters Retsstilling en bestemmelse om, at ”patientens tilkendegivelser skal ... tillægges betydning” (1998 § 11). Spørgsmålet er imidlertid, hvordan og fra hvilket perspektiv patienternes tilkendegivelser fortolkes og ”tillægges betydning”. I de følgende afsnit 2.4.1 og 2.4.2 vil jeg inddrage henholdsvis rapporten ”Kræftpatientens verden” (2006) og den ”Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser” (2006) og herigennem belyse patientperspektivet.

2.4.1 Undersøgelsen ”Kræftpatientens verden”

”Et sygehus er et skidt sted at være” erklærer en kronisk syg patient, som opfatter sygehuset som produktionsorienteret og uden tydelige værdier (Bagh 2006 b). Beklageligvis ikke en enkeltstående udtalelse, hvilket bl.a. fremgår af et projekt, Forskningsenheden på Bispebjerg

Hospital har udarbejdet med fokus rettet mod patienternes behov og beskrevet i rapporten ”Kræftpatientens verden - En undersøgelse af hvad danske kræftpatienter har brug for” (Grønvold et al 2006). Undersøgelsen betegnes som unik, idet 1518 patienter har besvaret et omfattende spørgeskema med 74 spørgsmål. Desuden har patienterne suppleret deres besvarelser med mere end 5000 personlige udsagn med uddybende beskrivelser af deres oplevelser. Data fra denne undersøgelse indgår som tidligere nævnt som en del af dette speciales empiri.

Undersøgelsen skildrer, hvordan de kræftramte patienter i deres kontakt med sundhedssystemet støder på store problemer – vel at mærke ud over de problemer, der er forbundet med deres sygdom. Og vel at mærke problemer, som under ideelle forhold kunne minimeres eller helt undgås. Fx har næsten halvdelen af patienterne en oplevelse af ikke at blive betragtet som et individ, men som et nummer i rækken. Patienterne udtrykker skuffelse over personalets manglende interesse for deres tilstand. De savner psykisk støtte og føler sig svigtede i forhold til deres overvejelser af mere eksistentiel karakter i forbindelse med deres sygdom. En patient udtrykker det som en oplevelse af, at ”... være et legeme, der skal behandles medicinsk, ikke et menneske med tanker, følelser og et liv, der skal fungere både under og efter behandling” (ibid.52). En anden har været overladt til sig selv i et ”mekanisk og produktionsorienteret” forløb (ibid.51).

Når undersøgelsens deltagere føler sig ”reduceret til et objekt, frarøvet erfaringer og selvforståelse” af den teknisk-instrumentelle rationalitet (Martinsen 2004:44ff.), betyder det da, at sygeplejerskerne ikke sanser patientens lidelse, og at de ikke er i stand til at leve sig ind i patientens situation? Når flere patienter har en oplevelse af ikke at blive betragtet som et menneske, men føler sig rubriceret til ”sygdom X og med sygdom X er der faste rutiner, der skal følges” (Grønvold et al 2006:142), kunne det da tænkes, at de ansatte forsøger at passe patienterne ind i på forhånd angivne rammer, hvor omsorgen *for* patienten er ændret til en omsorg *til* patienten, en ydelse? Men foretrækker vi ikke alle at blive betragtet og draget omsorg for som det unikke menneske, vi hver især nu engang er, og ikke som et objekt eller et CPR -nummer? Overser vi, at det der for personalet kan være en rutinesag, for det enkelte menneske er noget enestående, noget livstruende, noget der skaber uligevægt i dette menne-

skes hele tilværelse? ”Jeg er andet og mere end mine kræftceller”, skrev Margrethe Kemp (1998:91).

Denne kvalitative undersøgelse afdækker, hvordan patienters behov for omsorg kan kollidere med sygehusets behov for planlægning. En patient med mange spørgsmål til sin kræftdiagnose fik fx at vide, at der var afsat 10 minutter til hver patient, så nu var planlægningen ødelagt (Grønvold et al 2006). Sammenfattende dokumenterer undersøgelsen manglen på medmenneskelige relationer og indlevelse i de kræftramte patienter.

Sygdom kan ifølge Gadamer (1996) ikke ses isoleret fra den berørte person og derfor ikke alene styres af ydre faktorer som videnskab og teknologi. Den allerede nævnte inskription over porten til det gamle Århus Amtssygehus: ”Stundom Helbrede, Ofte Lindre, Altid Trøste” er på samme vis et ydmygt udtryk for, at kunsten at læge på ingen måde kan erstattes af lægevidenskabelighed. Der vil altid være en række umålelige og væsentlige kvaliteter, som ikke vil kunne registreres og skematiseres. Noget der rækker ud over det pragmatiske.

Det vil jeg senere vende tilbage til. Men først et nedslag i patienternes oplevelser, sådan som de kommer til udtryk i patienttilfredshedsundersøgelsen 2006.

2.4.2 Undersøgelsen ”Patienters oplevelser på landets sygehuse”

De ”Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser” (LUP) er et vigtigt politisk værktøj, hvis formål er at sammenligne patienternes tilfredshed på sygehus og afdelingsniveau både aktuelt og over tid (Hansen og Løkke Rasmussen 2007b). Metodisk er LUP strukturerede spørgeskemaundersøgelser, hvor der i 2006 deltog et repræsentativt udsnit af patienter, udskrevet fra somatiske afdelinger. I alt 26.045 patienter er bedt om ved afkrydsning i afmærkede felter at forholde sig til 33 spørgsmål om ”kliniske ydelser, patientsikkerhed, patient-personale kontinuitet, information, behandlingsforløb, udskrivelse, overgange mellem sektorer, fysiske rammer, ventetid og frit sygehusvalg” (Østerby, Hansen, Freil 2006:6). Man kan sige, at LUP ”repræsenterer” patienternes oplevelser udtrykt ”i tal”.

Den kommende Kvalitetsreform lægger op til et sundhedsvæsen med fokus på brugertilfredshed og kvalitet. Derfor har LUP politisk betydning, idet resultaterne herfra indgår som en parameter i kvalitetsmodellen. Det er i denne sammenhæng, begrebet akkreditering dukker op. I akkreditering spiller evidens og evidensbaserede metoder en central rolle. Begreber med indflydelse på sygeplejerskernes uddannelse og på den hverdag, de skal agere i (jvf.2.1; 2.3).

Imidlertid vil jeg stille spørgsmål ved, om kvalitetssikring af et fremtidigt sundhedsvæsen med fokus på patienttilfredshed er mulig ud fra primært akkreditering. Fx undrer det mig, at de parametre (jvf.pkt.2.2), som Den Nationale Strategi for Kvalitetsudvikling anbefaler inddraget i styringen af kvalitetsudviklingen, ikke inddrages i LUP, som er foretaget på politikernes anmodning. Hvordan kan det være, at væsentlige parametre som omsorg og empati ikke inddrages? Anser politikerne ikke andre forhold end den faglige, teknologiske behandling som relevant? Eller er kvalitet lig med det, som kan måles og dokumenteres, mens de mere ”intuitive, ”bløde” kliniske kvalitetsforhold kun er relevante, hvis de kan skematiseres?” sådan som Heinskov (2005) er inde på. Professor i evaluering Dahler-Larsen (2007b) spørger om det i det hele taget ikke er kunstigt at gøre kvalitet til noget, der kan kvantificeres.

Rapporten ”Kræftpatienternes verden” belyser mange kræftpatienters oplevelse af ikke at blive imødekommet i deres vanskelige sygdomssituation og således ikke få tilgodeset deres naturlige behov for tid til samtaler og omsorg fra sygeplejerskerne og det øvrige sundhedspersonale. Rapporten ”Patienternes oplevelser på landets sygehuse” efterlader derimod et indtryk af et velfungerende sundhedssystem. LUP er dermed med til at opfylde den politiske ambition om et sundhedssystem i verdensklasse. Som nævnt pointerer politikerne med reference til LUP 2006, at ”ni ud af ti brugere er tilfredse” (Hansen og Løkke Rasmussen 2007a). Den implicitte antagelse synes at være, at en høj grad af patienttilfredshed hænger nært sammen med den leverede faglige kvalitet (Mathiesen, Freil, Willaing 2007; Endahl 2001; Donabedian 1992b).

Og jo, generelt er patienterne tilfredse med selve den faglige behandling og pleje. Og jo, vist er det positivt, at behandlingen vurderes som god. Og de sundhedsprofessionelle burde

umiddelbart være stolte af det pæne resultat. Men der er et ”aber dabej”. For spørgsmålet er, hvad LUP egentlig måler? Det er nemlig problematisk, hvis der på bekostning af patienternes behov for pleje og omsorg primært eller udelukkende er fokus på det rationelle og let målelige - "as if a sack of potatoes was being weighed" (Donabedian 1988:1743).

Det er selvfølgelig positivt med fokus på, at sundhedsvæsenet skal levere god kvalitet. Men hvis der ”målt med patientens øjne” skal være tale om kvalitet, indbefatter det både den organisatorisk-teknologiske, den faglige samt den relationelle patientoplevede dimension. Alle tre dimensioner skal være opfyldt. Det pointerer grundlæggeren af kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet A. Donabedian (1988,1992a), som vurderer det interpersonelle og det faglige aspekt som ”a related pair, scarcely separable” (1992b: 248). Donabedian mener altså ikke, at aspekterne kan ses isoleret fra hinanden, men derimod er gensidigt forstærkende, idet ”...the interpersonal process is the vehicle by which technical care is implemented and on which its success depends” (1988:1744).

Når det medmenneskelige har så stor betydning for behandlingsresultaterne, hvordan kan det så være, at dette aspekt ignoreres i LUP?

Det er derfor et centralt anliggende, om patienttilfredshedsundersøgelsernes brede spørgsmål og begrænsede svarmuligheder er i stand til at indfange patienternes faktiske oplevelser? Om et kryds i en rubrik afspejler den enkelte patients individuelt nuancerede holdning? Det mener cand. scient. L. Endahl fra Evalueringscenter for Sygehuse ikke: ”Selv et gennemarbejdet spørgeskema vil ikke nødvendigvis afdække problemområder eller måle kvaliteten i sygehusvæsenet” (2001: 29). Patienttilfredshed er på ingen måde et validt mål for kvalitet, men et begreb med flere dimensioner. Ja, det er i det hele taget vanskeligt, siger Dahler-Larsen (2007a), at tale om kvalitet uden en nogenlunde præcis tanke om, hvordan begrebet skal defineres i forhold til offentlige velfærdsopgaver. På samme vis er opfattelsen af kvalitet ikke nødvendigvis identisk, men er afhængig af, om man spørger politikerne eller det syge menneske. Eller for den sags skyld den professionelle eller patienten. Det viser sig nemlig ofte, at der ved faktuelle spørgsmål er god overensstemmelse mellem patienters og professionelles svar. Men lige så snart spørgsmålene er af mere subjektiv karakter, er der afgørende forskelle (Mathiesen et al 2007).

Nedenstående tabel kan eksempelvis demonstrere, hvordan data kan tolkes på forskellig vis. Tabellen stammer fra Tabelsamlingen fra den refererede undersøgelse ”Patienters oplevelser på landes sygehuse 2006” (Østerby, Hansen, Freil 2007).

Spørgeskemaundersøgelsens spørgsmål 8 ”I hvilken grad oplevede du, at plejepersonalet var lydhør over for dine behov?” resulterede i nedenstående svarfordeling:

I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke
64,3 %	27,3 %	6,5 %	1,9 %

Fortolkning og konklusion afhænger af, om svaralternativet ”I nogen grad” tolkes positivt, neutralt eller lettere negativt. Den politiske tolkning er, at langt størsteparten af alle patienterne, nemlig 91,6 % (64,3% + 27,3%) er tilfredse. Omvendt kan resultaterne også tolkes, som om blot 64,3 % er tilfredse, mens 35,7 % (27,3% +6,5% +1,9 %) ikke er det. Og så er det ikke mere ”langt størsteparten”, men kun to tredjedele af patienterne, som er tilfredse med plejepersonalets lydhørhed. Der kan argumenteres for, om ”I nogen grad” er et positivt eller et negativt svar. Men det ændrer ikke ved, at 35,7 % af patienterne stadig ikke ”I høj grad” følte, at plejepersonalet var lydhørt over for deres behov. Man kan så spørge, om det er et acceptabelt forhold?

2.5 Kritik af patienttilfredshedsundersøgelser

Fra flere sider rejses der da også en del kritik af denne form for undersøgelser af patienternes tilfredshed (Endahl 2007, Vinge 2006; Timm 2004; Hansen 2003).

Fx opfatter Helle Timm (2004), som i mange år har beskæftiget sig med patientperspektivet, undersøgelserne som legitimering af en politisk proces, hvor myndighederne foregiver at have en dialog med patienterne, som på demokratisk vis kan føre til forbedringer. Tilfredshed forveksles med kvalitet. Men iflg. Timm sker der en bureaukratisering, når en managementorienteret brugerinddragelse, hvor data gøres til genstand for statistisk analyse, kobles

sammen med patienttilfredshedsundersøgelser. En bureaukratisering som i sidste ende går ud over det professionelle arbejde og dermed patienterne.

Når patientens livsverdensperspektiv og det politiske, systemets perspektiv støder sammen, kan det udtrykkes som velfærdsstatens indgriben i de mellem menneskelige relationer. Og det er det, Habermas betegner som systemets kolonisering af den subjektive livsverden (Nørager 1989). Kan patienttilfredshedsundersøgelserne da ligefrem udgøre en potentiel risiko for, at omsorg *for* patienten ændres til omsorg *til* patienten? Omsorg som en ydelse til ”forbrugeren”? En udvendig og strategisk omsorg, hvor det er sundhedsvæsenets image og ikke patientens bedste, der er det strategiske mål? (Duus 1999:10).

Som i livets andre forhold afhænger det set af øjnene, der ser. Det gælder også evaluering af patienttilfredshedsundersøgelser. Med al respekt for det arbejde, der er forbundet med sådanne målinger, synes de dog ikke at være tilstrækkeligt nuancerede og uddybende til, at der kan drages håndfaste konklusioner. Så længe patienternes oplevelser og erfaringer ikke inddrages i pleje og behandling mangler en tungtvejende parameter i en vurdering af, at sundhedsvæsenets ydelser befinder sig på et højt niveau. Det omfattende datamateriale til trods er der tale om en afgrænset viden, idet undersøgelsen er baseret på generaliseringer (Polit & Hungler 2001), hvor patienten ikke opfattes som en konkret person med en individuel livshistorie, men som en ”journalperson” (Juul Jensen 1993:263). Derfor bør tal som 80 og 90 % tilfredse patienter tages med et stort forbehold. Så snart der foretages grundigere og kvalitative analyser, som f. eks. ”Kræftpatientens verden”, tegnes et mere nuanceret billede af patienternes oplevelser. Et paradoks som giver mig anledning til overvejelser over, hvad de mange undersøgelser egentlig kan bruges til. Især med det faktum in mente, at den kommende kvalitetsreform lægger op til et sundhedsvæsen med fokus på kvalitet og brugertilfredshed - målt ud fra netop patienttilfredshedsundersøgelser.

2.6 Sammenfatning

I dette afsnit vil jeg samle trådene op for udviklingen indenfor det sundhedsfaglige felt og de implikationer, det har ført med sig for sygeplejeuddannelsen. Fra fagets spæde start til de udfordringer sygeplejen står overfor i dag.

Min gennemgang af sygeplejefagets historiske udvikling afspejler, at synet på fag og uddannelse er historisk betinget og helt frem til i dag viser, hvordan der til stadighed sker en forskydning af mål og midler til at blive sygeplejerske. Udviklingsmæssigt har uddannelsen bevæget sig væk fra mesterlæren, hvor sygeplejeeleven i praksis fulgte den erfarne sygeplejerske og læring fandt sted gennem indsigt og deltagelse i de faglige værdier og traditioner. I dag er uddannelsen et studium, en professionsbacheloruddannelse, hvor abstrakte, videnskabelige teorier er tildelt en central placering og den tilknyttede praksis er genstand for forskning. Som faglig interesseorganisation har DSR siden dannelsen i 1899 ydet en betydelig indsats for at højne faget og niveauet af uddannelsen. Gennem dette faglige statusløft har DSR løftet faget over i et felt, hvor dokumenteret videnskabelighed er forbundet med status, autoritet og indflydelse. Sygeplejersker under uddannelse har ikke længere titel af elev, men af studerende. Denne betegnelse indikerer et fagligt ændret udgangspunkt, idet der tillægges andre værdier i det at være studerende (fx det at være selvstændig, kritisk, teoretisk velfunderet og reflekterende).

Samfundsmæssige og politiske forhold er også blevet berørt. Jeg har hermed et grundlag for ikke kun at se faget isoleret, men også for at sætte det i forhold til det samfund, for hvis syge medborgere sundhedsvæsenet har en opgave at løse.

Det aktuelle politiske mål er et sundhedssystem i verdensklasse. I den sammenhæng vakte det min interesse at dykke ned i den metode, politikerne anser som velegnet til at nå dette ambitiøse mål. Nærmere betegnet akkreditering, hvis grundlag er betinget af abstrakt, teknologisk videnskab. På den måde er det blevet tydeligere for mig, at det ikke udelukkende er uddannelsens tilrettelæggelse og indhold, der kan afgøre vægtningen af omsorg for patienten. Også andre forhold ser ud til at kunne skubbe omsorgen for patienten i baggrunden. Fx har abstrakt kundskab nytteværdi i kvalitetsudviklingen og den tilstræbte akkreditering. I den sammenhæng spiller erfaringsbaseret og sanselig, æstetisk kundskab ikke nogen rolle

Patienttilfredshedsundersøgelserne har på samme vis en form for nytteværdi. De indgår nemlig som parameter i bedømmelsen af, om et sygehus kan akkrediteres. Det har derfor politisk betydning, at patienterne sætter kryds i den *rigtige* rubrik. Politikerne mener, at ”langt størsteparten” er tilfredse. Men er 6 ud af 10 patienter det samme som ”langt størsteparten”? Og er 6 tilfredse patienter ud af 10 et tilfredsstillende resultat? I undersøgelsen ”Kræftpatientens verden” fremgår det således også, at ”langt størsteparten” af patienterne i en lang række situationer *ikke* får dækket deres meget forståelige behov. Især ikke på de områder, der har med de med- og mellemmenneskelige relationer at gøre. Tværtimod efterlader rapporten et indtryk af, at de sundhedsprofessionelle – og det gælder vel at mærke også sygeplejerskerne – ikke formår at sætte sig i patientens sted og håndtere den konkrete situation.

Det er min påstand, at det netop er i den konkrete relation, at omsorg for patienten opstår og ydes. Og det relationelle betyder, at kvaliteten af det praktiserede omsorgsarbejde ikke kan ses isoleret fra vilkårene, de *ydre* betingelser for at udøve omsorg.

Denne påstand rejser et spørgsmål om, hvilken indflydelse et vilkår som fx standarder har for omsorgsarbejdet? Presses sygeplejerskerne af kravene om effektivitet og produktivitet, regler og dokumentation? Og hvad betyder det for relationen mellem patient og sygeplejerske, at patienten skal ses som forbruger på et marked, hvor sygehusene i indbyrdes konkurrence udbyder sundhedsservice? (Løkke, Fihl, Hem et al 2005:60). Det er muligt, at visse plejehandlinger kan organiseres og måles som et produkt. Men kan *omsorg* håndteres som en vare eller et forbrugsgode? Konverteres omsorgsarbejdet på den måde ikke til et ”kundeforhold”?

Som det fremgår af empirien, og som litteraturen kan fremvise talrige eksempler på, savner patienterne i praksis omsorg. Omsorg udtrykt som evne til at lytte og tage individuelle hensyn, være nærværende, vise indlevelse (Hansen 2003). Min refleksion over dette får mig til at spørge: hvilke årsager kan der være til, at sygeplejerskerne i takt med et tiltagende solidt ”teoretisk fundament” ikke kan opfylde patienternes behov? Sanser de ikke, hvilke dimensioner sygdom og lidelse rummer? Eller er det sådan, at mens evnen til logisk analyse skær-

pes, ”forkrøbles” evnen til at være kreativ (Jørgensen 2006) og leve sig ind i kompleksiteten i patientens verden?

Selvfølgelig er det et krav, at sygeplejen er udstyret med et godt teoretisk fundament, som Hansen og Kruckow argumenterer for (jvf.2.3). Det er jeg ikke uenig i. På samme vis er det en selvfølgelig del af sygeplejefagets sociale mandat at tage vare på de sygeplejefaglige, teknisk-instrumentelle opgaver (Kirkevold1996:16). Faget definerer imidlertid også sig selv som værende en moralsk praksis, hvis genstandsfelt ikke er sygdom, men det syge menneske i den konkrete situation (Martinsen 2005, 1993; Hall 1999; Scheel 2000). Og hvis der fra patientens perspektiv skal være tale om kvalitet, er jeg enig med Donabedian i, at den faglige dimension ikke kan adskilles fra det relationelle aspekt (1988). Min påstand er, at sygeplejersker ikke har mulighed for at levere en ordentlig kvalitet i sygeplejen, hvis den udelukkende har afsæt i det teknologiske og målbare.

I tråd med dette mener dr. polit. Karen Jensen, at sygeplejerskerne har ”ikke bare mistet evnen, men også viljen til omsorg, nærvær og indlevelse”(1993: 34ff). En livshistorisk, kropslig og ureflekteret kundskab. Problemet er blot, at denne kundskab lige så vel kan udvikle sig til usikkerhed som til omsorg, hvis den ikke trækkes ind i studiet og bearbejdes reflektivt, siger Jensen og peger på refleksion som forudsætning for professionel udøvelse og dygtiggørelse i et fag som sygepleje.

Refleksion har imidlertid ikke afsæt i teori, men i praksis og har med dialog og dannelse at gøre, hævder professor i filosofi Jon Hellesnes (1999). Derfor risikerer en uddannelse at blive ”afdannet”, hvis den mister kontakt med den daglige praksis. Dannelsen er kun halv, når det åndelige isoleres fra det konkrete, mener Hellesnes og kritiserer, at den abstrakte fagverden tillægges absolut værdi på bekostning af den konkrete livsverden. Derfor trænger dannelsesbegrebet til en rehabilitering.

Blikket vendes derfor atter mod Birkelund, som netop argumenterer for større fokus på den efterlyste dannelsesdimension i sygeplejerskeuddannelsen. Med reference til Grundtvigs æstetiske princip om, at det unyttige er det nyttigste, når det gælder menneskelige relationer, skriver Birkelund, at ”Det æstetiske indeholder en stemthed, der gennemsætter sig i følelser og holdning og rummer dermed et handlingspotentiale” (2000a:8-10).

2.7 Problemafgrænsning og - formulering

De problemstillinger, jeg har udfoldet i problembeskrivelsen, har givet mig anledning til mange overvejelser. Og rejst væsentlige spørgsmål.

Specialets hovedfokus er rettet mod det medmenneskelige og relationelle i sygeplejen. Mod den personlige dannelse, der med reference til Birkelund implicit ligger i enhver uddannelse. Jeg vil også indføre et sociologisk perspektiv. Det er der to grunde til. For det første udfolder sygepleje sig i en samfundsmæssig kontekst. I et system, hvis forhold påvirker funktion og organisering og derfor også vilkårene for at forstå og udøve sygepleje. For det andet er det med de skildrede problematikker in mente nærliggende at gøre sig tanker om, hvor vidt velfærdsstatens integrering i de mellem menneskelige relationer udgør en risiko for, at dannelsesaspektet og dermed omsorgen fortrænges af dokumentation og målopfyldelse. Jeg vil ikke gå nærmere ind på de politiske forhold, men primært anvende det sociologiske perspektiv som baggrunds- og perspektiveringsgrundlag.

De to patientundersøgelser ”LUP” og ”Kræftpatientens Verden” har jeg medtaget som aktuel empiri for at holde mine problemstillinger op mod de oplevelser, som patienter i det danske sundhedssystem giver udtryk for. Formålet er at undersøge, om den kvalitetssikring af sundhedsvæsenet, der er udtrykt ønske om fra politisk side, lever op til disse patienters oplevelser.

Patienterne var indtil for relativt få år siden generelt passive og autoritetstro i forhold til sundhedsvæsenet. I dag ses derimod en tendens til, at langt flere indtager en aktiv, selvstændig og kritisk position, hvor det anses for naturligt at stille såvel spørgsmål som krav. Hvilket understreges af mediernes forøgede dækning af området. Udover at inddrage de nævnte undersøgelser vil jeg ikke forholde mig til denne udvikling i patientkulturen.

Jeg gør tillige opmærksom på, at jeg alene beskæftiger mig med forhold, der gør sig gældende i det danske sundhedsvæsen.

Med Grundtvigs udsagn om, at ”Den abstrakte lærdom er død lærdom, fordi livet er abstraheret fra den” (Birkelund 2000a:8), er det min overvejelse, om det er muligt at fremme personlige egenskaber og medmenneskelig omsorg, når teoretisk og videnskabelig kundskab til stadighed vægtes i sygeplejerskeuddannelsen på bekostning af uddannelsens mere humani-

stiske indhold. Indirekte giver denne prioritering en opfattelse af, at omsorgsfuld sygepleje læres ved at blive undervist i forskellige teorier om omsorg.

Hvis sygeplejen skal opfylde sit sociale mandat, og patienterne udover at få en sundhedsfaglig god behandling også skal have imødekommet deres behov på det medmenneskelige plan, kan de synspunkter, der er kommet frem i problembeskrivelsen imidlertid indikere, at teoretisk viden om omsorg ikke i sig selv fremmer omsorgen i sygeplejen.

Den nærliggende tanke, at de studerendes omsorgsevne bedst fremmes i den kliniske del af uddannelsen, forkastes også, idet jeg i afsnittet om udviklingen i sygeplejefaget viste, at praktisk viden ikke alene kan sikre omsorgen for patienten.

Det kræver indlevelse og forståelse at yde omsorg, skrev jeg indledningsvis og efterlyste, hvad det *er*, som danner klangbund for indlevelse i og forståelse for medmennesker. Det var netop sådanne forhold, en fremsynet forstanderinde på Testrup Højskole var opmærksom på. Her gjorde frk. Grosen sammen med frk. Kaae op med den rationalistiske antagelse, at viden i sig selv skaber livsindhold og personlig vækst. Skulle den medmenneskelige omsorg i sygeplejen fremmes, var det ikke en instrumentalistisk forståelse af viden, indsigt og færdigheder som måtte prioriteres, men derimod det æstetiske indhold i undervisningen. Især måtte den klassiske litteratur have en fremtrædende plads.

Min bekymring er, at omsorgen for patienterne ganske enkelt ikke får den prioritering, som er nødvendig for også at tilgodese det syge menneskes medmenneskelige behov. Men at omsorgen drukner i et teknologisk, rationalistisk univers. Spørgsmålet er, om der stadig er et potentiale i de tanker, der lå bag højskolebevægelsens pædagogiske tanker, som med fordel kan tænkes ind i uddannelsen af de kommende sygeplejersker?

Det skulle således nu gerne stå læseren klart, at jeg ønsker at føre en diskurs omkring fagets retning – i et ønske om at genbetænke det dannelsesaspekt, som jeg ser stærke tendenser i at blive stadigt nedprioriteret i sygeplejerskeuddannelsen. Omsorg betegnes i en artikel i *Social Kritik* som en *mangelvare* i det moderne samfund (Johansen og Johansen 1989). Det fører til følgende problemformulering:

- Hvordan kan det være, at omsorg for patienten i praksis kan betegnes som en ”mangelvare”⁵ og således ikke afspejler, at der i sygeplejerskeuddannelsen lægges stor vægt på, at de studerende undervises i teorier om omsorg?
- Kan det dannelsesmæssige og dermed det æstetiske aspekt i sygeplejerskeuddannelsen genbetænkes og danne grundlag for, at omsorgen også i praksis kommer til udtryk?

⁵ ”mangelvare” skal forstås metaforisk. Jeg opfatter omsorg metafysisk, ikke materielt.

3. Metode

Specialets metodiske refleksioner vil fremgå af dette afsnit. Jeg vil starte med at præsentere den videnskabsteoretiske⁶ tilgang, som med en filosofisk-hermeneutisk tilnærmelse har afsæt i Hans-Georg Gadammers tænkning (3.1). Med reference til Kari Martinsen⁷ gøres der i det følgende afsnit rede for den sygeplejeteoretiske tilgang (3.2).

Jeg vil dernæst argumentere for specialets teoretiske ramme og gøre rede for de valg, der er foretaget på baggrund af problemstillingen. Der vil altid være tale om både et valg og et fravalg ud fra egen forståelse og subjektive bedømmelse. Tolkningen kan af samme grund ikke være rent objektiv, hvilket i øvrigt heller ikke ville stemme overens med specialets tilgang. Den kritiske refleksion angående subjektiviteten over disse valg og overvejelser vil fremgå i forbindelse med begrundelsen for de enkelte teorier. Med problemformuleringen in mente har jeg fundet det relevant at tage udgangspunkt i flere teorier. Nærmere bestemt Jürgen Habermas (3.3), Aristoteles (3.4) og Nikolaj Frederik Severin Grundtvig⁸ (3.5).

Fremgangsmåden i specialet vil herefter forme sig som en fortolkning af de angivne tekster med det formål at belyse og opnå forståelse for de stillede spørgsmål. Habermas diskuteres og relateres med sine begreber om system og livsverden til divergerende perspektiver og de samfundsbestemte vilkår for sygeplejens udøvelse. Dette sker i afsnit 4. Afsnit 5 indeholder en analyserende fremstilling af Aristoteles' kundskabssyn, som derefter tages op til diskussion i relation til opgavens spørgsmål og problembeskrivelsens overvejelser. Specialets teoretiske del rundes i afsnit 6 af med en præsentation af Grundtvigs tanker om menneskelig dannelse og teoretisk uddannelse. I den efterfølgende diskussion vil også pointerne fra den første diskussion om Aristoteles' kundskabsformer indgå.

⁶ Jeg har valgt at benytte denne betegnelse, vel vidende at den filosofiske hermeneutik hverken er en metode eller en videnskabsteori

⁷ Hvad Martinsen angår, må jeg ligeledes tilføje et forbehold om anvendelsen af ordet sygeplejeteori. Anskuelse ville være en mere rammende betegnelse for Martinsens tanker.

⁸ Ej heller kan Grundtvigs skoletanker betegnes som teori i en nutidig forståelse af dette ord. Alligevel mener jeg, at virkningshistorien retfærdiggør en sidestilling af denne tænkning med andre pædagogiske teorier.

Afsnit 7 er et sammenfattende diskussionsafsnit af de bearbejdede teorier og de fremkomne argumentationer, hvor indholdet i de behandlede temaer diskuterende og konkluderende relateres til specialets overvejelser. Men også tematikker berørt i problembeskrivelsen vil indgå. I en opgave af denne karakter ligger konklusionerne ofte i diskussionen. Forstået på den måde, at det mere drejer sig om at belyse de stillede spørgsmål end om at give konkrete, konkluderende svar. Som følge heraf formuleres en forholdsvis kort opsummering af pointerne i specialet. Det sker i afsnit 8, som både indbefatter konklusion og budskab.

Specialets afsluttende del, afsnit 9, rundes af med en perspektivering af det æstetiske aspekt i sygeplejerskeuddannelsen.

Det videnskabsteoretiske ståsted influerer på valg af teori og metodologi. Jeg vil derfor lægge ud med at præsentere dette.

3.1 Den videnskabsteoretiske tilgang

Med min forståelse af sygepleje som en moralsk praksis er tilgangen i specialet af filosofisk–hermeneutisk karakter. I naturvidenskabelig forskning er den implicite antagelse, at det er muligt at finde en universel sandhed om et givent fænomen ved hjælp af objektive data og kvantitative metoder. Metodologisk anvendes tilgange som fx spørgeskemaundersøgelser, klinisk kontrollerede forsøg, metaanalyser. Sådan er det ikke i en filosofisk undersøgelse, hvor ”materialet” ikke er målbare data, men forskerens tanker og erfaringer. Det drejer sig derfor om at ræsonnere på baggrund af faktiske forhold, hvor ”evidensen” ligger i menneskelige erfaringer ”shared by all humans because they are human” (Pesut & Johnsson 2007:117).

Det samme gælder dette speciale, hvor formålet er at undersøge, hvad der danner klangbund for forståelsen og for indlevelsen i ens medmenneske. Et spørgsmål, der blev stillet i indledningen. Her blev også peget på de tanker, som har dannet baggrund for spørgsmålet. Den følgende problembeskrivelse foranledigede mange refleksioner, som førte til nye og essentielle spørgsmål, konkretiseret i problemformuleringens to spørgsmål, som nu skal åbne for de tanker, der gemmer sig. Målet er at hjælpe til ny forståelse, at horisonten udvides mod ny erkendelse.

Intentionen er at opnå forståelse for, hvilke forhold der er væsentlige for udviklingen af de sygeplejestuderendes omsorgsevne. En kvalitativ tilgang, der søger efter mening og betydning i forhold til at forstå, er derfor relevant til belysning af de stillede spørgsmål (Kvale 1997).

Jeg finder en hermeneutisk tilgang velegnet til at belyse problemstillingen, da ”opmærksomheden skærpes i forhold til, at ens egen tænkning også er et historisk produkt. Man er således påvirket af de samfundsforhold, man lever under og de fortolkninger af omverdenen, der dominerer ens samtid ” (Vallgård 2004:126).

Hermeneutik betyder fortolkningskunst. Dvs. læren om, hvordan tekster eller andre meningsfulde enheder skal forstås. I moderne tid er hermeneutik nærmest synonym med Gadamer (1900-1902), som af Peter Kemp betegnes som ”fortolkningskunstens og hermeneutikkens mester” (2000). Med henvisning til Aristoteles pointerer Gadamer, at forståelse, fortolkning og anvendelse uløseligt hører sammen. Forudsætningen er en forudgående forståelse, en forforståelse. Den er i dette speciale præget af en holdning til sygeplejen som en moralsk praksis, af mange års erfaringer fra praksis og af den viden, jeg gennem årene har tilegnet mig. Herunder også på cand.cur. - studiet. Teori og empiri har givet mig ny forståelse, som bevirker ny forforståelse. I og med der spørges ind til overensstemmelse mellem dele og helhed, sker der en meningsfortolkning af egne og andres oplevelser og erfaringer. Gadamer henviser ofte til klassiske tekster, hvor læseren fornyer sin forståelseshorisont gennem læsningen. Eller, som det er tilfældet i dette speciale, mellem dele og helheder i skriftlige kilder. I sidste instans rummer alle disse forståelser selvforståelse (Gadamer 2004).

Afsnittet er som sagt inspireret af Gadamer, hvis hovedværk er ”Sandhed og Metode” med undertitlen ”Grundtræk af en filosofisk hermeneutik”, udgivet 1960 (2004). Dette værk er min primære litteratur, som jeg har fået stort udbytte af at læse. Som supplement hertil har jeg haft glæde af Henriette Højbergs udlægning af Gadamers filosofiske hermeneutik i bogen ”Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne På tværs af fagkulturer og paradigmer” (2004).

3.1.1 Hans-Georg Gadamer

Gadamer grundlægger den filosofiske hermeneutik som en teori om mennesket som et forstående eller fortolkende væsen. Det er således ikke en metode eller teori i naturvidenskabelig forstand, idet videnskabelig forskning ikke betragtes som et mål i sig selv. Tværtimod stiller filosofisk hermeneutik spørgsmålstejn ved ”videnskabens betingelser og grænser i forhold til det menneskelige liv som helhed” (Gadamer 2004:485).

Forståelse er en måde at være til på som menneske. En ontologisk, metafysisk forudsætning for den forståelse, som gennemtrænger alle menneskers erfaringer. På den måde distancerer den filosofiske hermeneutik sig. Dels fra den traditionelle hermeneutik, hvis formål var at finde den sande mening i de teologiske skrifter og de klassiske tekster fra antikken. Dels fra den metodiske hermeneutik, som med Schleiermacher og Dilthey i det 19. århundrede blev gjort til en almen fortolkningsmetode kendetegnet ved, at man med regler for fortolkning kom bag om teksten til tekstens forfatter med en intention om at nå frem til en sandhed om forfatterens tanker og følelser. Ifølge Gadamer vil denne afstandtagen fra teksten imidlertid fjerne fokus fra formålet med læsningen - at opnå horisontsammensmeltning med tekstens mening.

I ”Sandhed og Metode” tager Gadamer udgangspunkt i erfaringen af kunsten og udfordrer naturvidenskabens dominerende rolle, idet han søger ”den sandhedserfaring, der overskrider den videnskabelige metodelæres kontrolområde, og ... spørge(r) til denne erfarings legitimitet” (ibid. I; 264). Hvis det at opnå forståelse er begrænset af den videnskabelige metodelæres universelle krav, er det et hermeneutisk problem, mener Gadamer. Forståelse og fortolkning er ikke alene et naturvidenskabeligt, men også et åndsvidenskabeligt anliggende – dvs. en sandhed, der hidrører usikre erfaringer fra filosofi, kunst og historie. Og her slår naturvidenskabens metoder ikke til. Har man med mennesker at gøre, er der tale om ”humanerkendelse”. En subjekt-subjekt relation. Der er derfor tale om en moralsk relation i modsætning til den kartesianske traditions rationalisme og subjekt-objekt tænkning (ibid.340). Og der er tale om et hermeneutisk opgør med Kants fornuftsbetonede maksime, det kategoriske impe-

rativ⁹, en moralsk lov der gør fornuften til sidste instans, hvorved det menneskelige aspekt trænges i baggrunden.

Filosofisk hermeneutik beskæftiger sig med bevægelsen mellem fortolker og tekst og er kendetegnet ved, at forståelsen virker tilbage på fortolkeren. En fremadskridende veksel mellem del- og helhedsindsigt, der som en forståelsens cirkel udgør strukturen for den måde, vi kan forstå og fortolke verden på. Det er et bærende princip i Gadamer's hermeneutik, at vi aldrig kan sætte os uden for denne kontinuerlige dannelsesproces, kaldet den hermeneutiske cirkel, som er karakteriseret ved at være universel, idet den gennemtrænger enhver forståelse af verden.

Den hermeneutiske cirkel er derfor ikke en metodisk cirkel, men "et ontologisk strukturmoment ved forståelsen" (ibid. 279).

Gadamer arbejder med forskellige centrale begreber: fordomme, forforståelse, horisontsammensmeltning og applikation.

En fortolkning eller udlægning af en tekst (forstået som person, kunst, litteratur) er aldrig objektiv eller forudsætningsløs, men forbundet med en mere eller mindre bevidst forforståelse, som har karakter af fordomme. Ikke i betydningen fordømmende som en diskreditering. Men foretaget på forhånd som en dignitiv dom. "Længe før vi gennem selvbesindelse forstår os selv, forstår vi os selv på selvfølgelig måde i den familie, det samfund og den stat, vi lever i", fastslår Gadamer og tilføjer, at historien i virkeligheden "ikke tilhører os, men vi tilhører den" (ibid.263). Fordomme er således udtryk for den forankring, vi har i vores familie og i den kulturelle og historiske ballast. Eller historicitet, som Gadamer siger, som altid må medtænkes, når vi skal forstå noget nyt. Det er derfor ikke muligt, at lægge vore fordomme fra os – "Enhver fortolkning må tilpasse sig den hermeneutiske situation, den tilhører" (ibid.376). Det åbner mulighed for en bevidstgørelse af vor forforståelse og betyder, at en given tekst altid kan få en anden betydning end den, forfatteren eller kunstneren har lagt i den. Det afgø-

⁹ Kant formulerer det kategoriske imperativ på flere måder. Et af dem lyder: "Handl således, at du altid tillige behandler menneskeheden, såvel i din egen person som i enhver anden person, som mål, aldrig blot som middel"

rende er, at vi er åbne over for det, teksten vil fortælle os. Man forlader det kendte og lærer det at kende, som er fremmed og forskelligt fra en selv. For ”Forståelse er i virkeligheden ingen bedre forståelse”, men ”Det er tilstrækkeligt at sige, at man forstår anderledes, hvis man overhovedet forstår” (ibid.282). Forståelse er på den måde med i en dannelse af det enkelte menneske. En kontinuerlig menneskelig opgave, som ikke kan ”opnås i lighed med en teknisk procedure” og ”kan egentlig ikke være et mål i sig selv, den kan ikke villes som sådan”(ibid.16ff).

Forforståelse og fordomme udgør tilsammen en forståelseshorisont, som tilhører mennesket som en personlig tilgang til verden. Samtidig er det også noget, som mennesket deler med andre mennesker i et sprogligt, historisk og kulturelt fællesskab (Højberg 2004). Forståelseshorizonten kan sammenlignes med begrebet livsverden og kan som sådan aldrig i sig selv blive til et objekt for os. Tværtimod er livsverden al erfarings forudgående grundlag (ibid.234).

I takt med den bestandige fortolkning og udlægning, vi foretager af verden, udvides og nuanceres forståelseshorizonten. Dvs. horisonten flytter sig, når vore fordomme sættes på spil, og den allerede opnåede forståelse overskrides. Ideelt sker der en sammensmeltning af horisonter, hvilket vil sige, at den historiske fortids begreber genvindes på en sådan måde, at de samtidig rummer vores egen måde at tænke på (Gadamer 2004:291;355). Det er derfor vigtigt at forstå, at dannelse er en proces.

En sådan horisontsammensmeltning kan betyde, at de dele af ens egen forforståelse, som man ikke indtil nu har problematiseret, må revideres eller forkastes. En erfaring vi fx kan få i mødet med klassiske tekster, der grundlæggende kan få en til at ændre opfattelse. Eller i faglig sammenhæng i mødet med en patient, hvor vi uden at have inddraget patientens erfaringer troede at vide bedst. Eller i undervisningssammenhæng hvor ens forforståelse nuanceres og forandres. Det er den risiko, eller chance, man åbner sig for i mødet. Heraf følger, at forståelse er en begivenhed, bundet til den konkrete situation. Derfor forstås et historisk værk som eksempelvis Aristoteles’ ”Nichomacheiske Etik” eller Grundtvigs ”Nordens Mythologi” altid i forhold til den konkrete situation, den anvendes eller læses i, hvorved der til stadighed dukker nye fortolkninger op. Dette kalder Gadamer for tekstens virkningshistorie. Imidlertid

er det sådan, at forståelsen ikke er gældende, før den er bragt i anvendelse. Gadamer kalder det applikation. En erfaringsbaseret viden, man ikke kan vælge til og lære på teoretisk vis. Det er derimod en viden, man opnår sammen med andre mennesker, fx i relationen mellem patient og sygeplejerske, og som derfor kræver engagement og forståelse for ens medmennesker (ibid.307).

Grundlaget for de Sygeplejeteoretiske Retningslinier bygger netop på, ”at det enkelte menneske er unikt men lever i sammenhæng med sine omgivelser. Mennesket skal forstås både i denne sammenhæng og i den konkrete situation” (DSR 2004:9). Det hører således med til fundamentet for min opfattelse af sygepleje som en moralsk praksis og fører videre til en præsentation af min sygeplejeteoretiske forforståelse, i betydningen af hvordan jeg forstår og opfatter sygepleje.

3.2 Den sygeplejeteoretiske tilgang

Min sygeplejeteoretiske referenceramme har afsæt i en humanistisk og relationsorienteret sygepleje. Med henvisning til specialets indledning er det min antagelse, at omsorg er sygeplejens kerne, hvor sygeplejerskens møde med og omsorg for patienten har afgørende betydning for patientens oplevelse af det at være syg og have brug for sundhedsprofessionel hjælp. Her er jeg inspireret af den norske sygeplejerske, cand. phil. Kari Martinsen, som med inspiration fra den danske filosof og teolog Knud E. Løgstrup har en fænomenologisk tilgang til sygeplejen.

3.2.1 Kari Martinsen

Martinsen stiller sig kritisk overfor akademiseringen af sygeplejefaget og advarer mod den naturvidenskabelige, medicinske dominans. På trods af et human og menneskeligt ansigt, som fx kvalitative metoder, kritiseres sygeplejen for at være styret af en positivistisk tankegang, som på objektiverende vis adskiller subjekt fra objekt. Men sjæl og krop kan ikke ses isoleret fra hinanden. Det er slet ikke muligt at træde ud af vor livsverden, som er ”kroppens

sted”(Martinsen 2000: 113) med dens fænomener og erfaringer som lidelse, livsmod og død. Med reference til Husserl peger Martinsen på, at hele vor livsverden forarmes, hvis den domineres af en teknologisk og rationel videnskab, hvis metoder er ophøjet til kultur og livsforståelse. Derfor er det ”den fænomenologiske tydnings opgave at gendrive den teknisk-instrumentelle livsforståelse og vise at den ikke svarer til erfaringen”(ibid.:25).

For Martinsen er omsorg som sygeplejers forudsætning det helt fundamentale i faget. Omsorg defineres triadisk som et relationelt, moralsk og praktisk begreb (2005).

Martinsen taler om at se patienten med det ”dobbelte øje” og bruger hjertet og synet som metafor. I et videnskabsteoretisk perspektiv kan det sansende øje siges at rumme en fænomenologisk tilgang til patienten. I den konkrete situation er sygeplejersken til stede med hele sin person og ser patienten med ”hjertets øje” - dvs., med indsigt, fantasi og indlevelse (Martinsen 2004: 27). Derimod bygger metaforen det ”seende øje” på, at sygeplejersken med sin faglige forforståelse forholder sig fagligt vurderende til patientens behov. Det er nødvendigt med begge måder at se på, men både ”hjertets øje” og ”det seende øje” kan true patientens integritet. ”Hjertets øje” kan udarte sig til sentimentalt føleri, hvor sygeplejersken i selvoptagethed ikke har øje for patientens lidelse, mens ”synets øje” kan udarte sig til en positivistisk dataregistrering, hvor patienten er gjort til en sygdom, et objekt. Der er derfor brug for et fagligt skøn.

Ved fagligt skøn forstår Martinsen, at sygeplejersken gennem en praktisk-moralsk handlingsklogskab er åben for patientens situation. Martinsen relaterer til Aristoteles’ kundskabsbegreb *phrónesis* som udtryk for den kloge og rigtige handling i en konkret situation.

Phrónesis er ikke viden. Ej heller er det rutine. Men ”et tydningsarbejde, hvor fagkundskab og naturlig sansning arbejder sammen” (Martinsen 2000:153) og sygeplejersken ved at være ”åben og fantasifuld” ser ”appellen om livsmod i den andens lidelse eller hos den syge” (ibid.147;146).

I Martinsens optik er sygeplejeomsorg forbundet med indlevelse og et følelsesmæssigt og medmenneskeligt engagement i patienten. En opfattelse af omsorgens væsen med de værdier, jeg finder væsentlige i sygeplejen. Hvis omsorgen ikke skal blive overset eller discipline-

ret af naturvidenskabens tekniske rationalitet, må der finde en opprioritering sted. Derfor finder Martinsen det nødvendigt at problematisere sygeplejefagets kundskabsformer. Det er en af grundene til, at jeg har valgt at inddrage Aristoteles, som har et varieret syn på viden. Det vil jeg vende tilbage til. Men inden da vil jeg i de næste dele af metodeafsnittet argumentere for teorierne og gennemgå litteraturvalget.

3.3 Jürgen Habermas: Argumentation for teori og litteratur

I afsnit 4 inddrages den tyske filosof og sociolog J. Habermas. Dels til belysning af problematikken mellem sundhedsvæsenet som institution og patientens perspektiv. Dels til at holde Habermas' tanker op imod de systemmæssige vilkår, sygeplejen er underlagt. Jeg afgrænser mig til at præsentere de begreber i hans teori, der omhandler system og livsverden og som jeg i diskussionen vil perspektivere til de samfundsbestemte vilkår for udøvelsen af sygepleje.

Habermas repræsenterer den såkaldte kritiske teori, som forbindes med Frankfurterskolen. En samfundsmæssig tænkning, der til forskel fra positivismen ikke kun har afsæt i naturvidenskabelig, men også i human- og samfundsvidenskabelig viden. Positivismen kritiseres for at foregive, at videnskaberne kan være værdifri og neutral. Det er Habermas ikke enig i. Tværtimod har videnskaberne forskellige erkendelsesinteresser, som er knyttet til hver deres metode og måde at frembringe viden på.

Jeg har ikke arbejdet med originallitteratur af Habermas, men udelukkende benyttet sekundærlitteratur. Den primære kilde er "Klassisk og moderne samfundsteori" af Heine Andersen (1996), men også Troels Nøragers "System og Livsverden" (1989) anvendes.

3.4 Aristoteles: Argumentation for teori og litteratur

I afsnit 5 drejer det sig om Aristoteles' (384-322) vidensformer. Med reference til min sygeplejeteoretiske forforståelse deler jeg Martinsens frygt for, at omsorgen fortrænges af den teknologiske rationalitet. Jeg er derfor enig i, at det er nødvendigt at stille spørgsmålstejn

ved sygeplejerskeuddannelsens tilrettelæggelse og dens kundskabsformer. Med baggrund i Gustavssons bog "Videns-filosofi" (2001) har jeg foretaget nogle overvejelser omkring vidensbegrebet. I indledningen betonedede jeg viden som et centralt, men også flertydigt begreb. Alt afhængig af hvilken situation begrebet refererer til, kan der tales om produktiv viden eller om den klassiske betegnelse for det, vi i dag betegner som faktisk, videnskabelig viden. En logisk begrundet viden om noget afgrænset og specifikt.

Der er imidlertid også en anden form for viden. Nemlig viden som et særligt menneskeligt anliggende. Det vi som en kontinuerlig proces erhverver os gennem livet og gør til en integreret del af vores personlighed. En aktivitet og en udvikling i dialog og samspil med ens omverden. Med familie, venner, kolleger. Det er her, vi opnår forståelse for den verden, vi lever i. Set fra det perspektiv er viden et personligt og socialt fænomen, som altid er knyttet til situationer i en bestemt menneskelig, social og kulturel kontekst (ibid.). Viden er derfor også et begreb, som knytter sig til en aktuel profession og dermed til konkrete situationer i den daglige praksis. Sygepleje er den slags praksis.

Til belysning af de stillede spørgsmål har jeg valgt at gå tilbage til den græske antik, nærmere bestemt til Aristoteles - vel vidende, at Aristoteles hører hjemme i en anden kontekst end aktuelle. Begrundelsen for at "belyse nutidige problemstillinger gennem antikke tekster" (Jørgensen 2004:306) er, at jeg anser Aristoteles' distinktion mellem de forskellige vidensformer som værende et godt grundlag for at anskueliggøre og perspektivere den måde, hvorpå der i dag tales om viden i sygeplejerskernes uddannelse og praksis. Derudover relaterer Martinsens faglige skøn som nævnt til Aristoteles' kundskabsbegreb *phronesis*.

Jeg vil give en kort præsentation af Aristoteles. Men derudover er det ikke min hensigt at fordybe mig i Aristoteles' liv og levned, sådan som det udformede sig i det græske samfunds bystat, polis. Jeg er først og fremmest interesseret i hans filosofiske overvejelser omkring vidensformerne *epistémé*, *téchne* og *phrónesis*, som jeg slutter afsnittet af med at perspektivere i forhold til sygeplejerskeuddannelsen.

Primær litteratur er Aristoteles' værk "Etikken" (2000), også kendt som "Den Nikomacheiske Etik". Som sekundær litteratur benyttes Karsten Friis Johansens "Den europæiske

filosofis historie – antikken” (1998). Men jeg har også i denne sammenhæng haft glæde af værket ”Sandhed og metode” (2004), hvor Gadamer skriver sig op imod den teknologiske rationalitet og samtidig viser Aristoteles’ differentierede tilgang til verden. Endelig har jeg anvendt Gustavssons ”Videns – Filosofi”(2001), som giver indblik i forskellige opfattelser af vidensbegrebet. Både som en hjælp til at forstå ”Etikken”, men også fordi jeg finder Gustavssons tanker berigende i en nutidig udlægning af Aristoteles’ værk.

3.5 N.F.S. Grundtvig: Argumentation for teori og litteratur

I afsnit 6 rundes specialets teoretiske del af med en fremstilling af Grundtvigs (1783-1872) pædagogiske tanker. I et speciale, hvor der er fokus på det medmenneskelige i sygeplejen. og hvor dannelsesdimensionen i sygeplejerskeuddannelsen derfor problematiseres, forekommer det mig indlysende at finde støtte i disse tanker. Det er Grundtvigs opfattelse, at lærdom henvendt til fornuften (dvs. videnskabelig viden) ikke er fyldestgørende, hvis mennesket skal fungere i det praktiske liv. Tværtimod må undervisningen tale til følelserne, hvis det menneskelige potentiale skal udvikles. Først i det øjeblik kan der være tale om *den* menneskelige dannelse, der er en forudsætning for, at lærdommen også i praksis kommer til udtryk. Relateret til Bekendtgørelsens § 4 for sygeplejerskeuddannelsen (www.uvm.dk /2006) er det en bemærkelsesværdig tanke. På trods af, at uddannelsen skal føre til både ”praktisk og personlig handlekompetence” (jvf.1), prioriteres videnskabeliggørelse højt. Også når det angår medmenneskelige forhold, selv om det medmenneskelige aspekt umiddelbart appellerer til følelser – ikke til fornuft. Jeg finder det derfor relevant at perspektivere Grundtvigs tanker til de overvejelser, jeg i problematiseringen har gjort rede for angående sygeplejerskeuddannelsen anno 2007.

Jeg vil indledningsvis give en kort biografisk fremstilling af Grundtvig, men vil derefter begrænse mig til at arbejde med hans pædagogiske skoletanker. Dog, nemt er det ikke at adskille disse tanker fra hans menneskesyn, som jeg derfor også vil belyse. Afsnittet rundes af med en diskussion i forhold til problemformuleringen og de stillede spørgsmål.

Til belysning af Grundtvigs skoletanker vil jeg primært gå ud fra de originale skrifter. Dels Grundtvigs skoleskrifter, hvoraf K.E. Bugge har samlet flere i ”Grundtvigs skoleverden 1 og 2” (Gsv1 og Gsv2) udgivet i 1968. Dels teksterne ”Taler paa Marielyst Højskole” (MH) fra 1856 -71 og ”Nordens Mythologi” (NM) fra 1832. Alle udgivet af Steen Johansen (1956). De i parentes nævnte forkortelser vil i det flg. blive anvendt som referencer. Årstallene er de her nævnte.

K.E. Bugges væsentlige disputats ”Skolen for Livet”(1965) er inddraget som sekundærlitteratur. Men jeg vil ikke lægge skjul på, at den primære inspirationskilde til tolkningen af Grundtvigs tanker er at finde i min vejleder Regner Birkelunds værdifulde bidrag til at sætte Grundtvigs tanker ind i en sammenhæng, hvor også sygeplejen er medtænkt. Specifikt tænker jeg på Birkelunds ph.d.-afhandling, som efterfølgende blev udgivet i bogform med titlen ”Livs-Oplysning” (1999). Birkelund er også forfatter til en lang række artikler, som jeg har haft stor glæde af. Desuden har det været fascinerende at bevæge sig rundt i ”Grundtvigs ofte dunkle, men mærkeligt rige og frugtbare verden” (citater Hal Koch) på www.grundtvigbyen.dk.

Når man beskæftiger sig med Grundtvigs tanker kan det ikke undgå læserens opmærksomhed, at Grundtvig har en særdeles veludviklet og ofte polemisk retorik med anvendelse af allehånde metaforer og allegorier. De refererede citater af Grundtvig gengives ordret. Derimod vil jeg i parafrasering og i anden sammenhæng benytte mig af en mere nutidig stavemåde.

De senere år har der været en bølge af kritisk refleksion over Grundtvig, som beskyldes for snæversynet nationalisme. Jeg vil nøjes med at referere til Gadamer, som angiver at ”ideen om en fortolkning, der skulle være rigtig ’i sig selv’ er et tankeløst ideal” (2004:376).

4. Habermas

At sundhedsvæsenet som institution har et andet perspektiv end patientens og derfor ikke magter den efterlyste indlevelse, omsorg og medmenneskelighed kan Habermas give os en forståelse af. Ifølge Habermas bliver de mellem menneskelige relationer integreret af velfærdssamfundet. Dette har naturligvis konsekvenser for de vilkår, sygeplejersker har for deres udøvelse af faget.

I sin kritik af samfundet taler Habermas om det moderne samfund som opdelt i system og livsverden. I et velfærdssamfund som det danske er sundhedsvæsenet og dermed sygeplejen en del af systemet, mens omsorg er et livsverden-fænomen (Scheel 1999). De to centrale begreber vil i det følgende blive præciseret, idet de kan bidrage til at anskueliggøre og give en ramme for at forstå årsagen til den oplevelse af svigt, som patienterne har i forhold til sygeplejerskernes manglende indlevelse og omsorg.

4.1 Livsverden

Livsverden er betegnelsen for den konkrete virkelighed, vi lever og handler i. Det er den historiske og kulturelle baggrund, vi hele tiden trækker på og udbygger i vores daglige mellem menneskelige relationer. Livsverden er forskellig fra person til person, et *indefra-perspektiv*, der som den personlige identitet er rundet af fællesskabets normer og værdier. Gennem opdragelse og socialisering har vi udviklet ”en implicit baggrundsviden” (Nørager 1989:140). Og det er på denne baggrund, vi umiddelbart forstår eller i det mindste forsøger at forstå hinanden. Man diskuterer ikke for at *få* ret, men for at *finde* ud af, *om* man har det. Med Habermas’ ord en tvangfri dialog. Livsverdens implicite viden - den overleverede og gensidigt forstående - står således i modsætningsforhold til systemets eksplicit vidende handlingsorienteringer, det formålsbestemte. Principperne for handling er radikalt forskellige fra systemet og dets styringsmedier.

4.2 System

Systemet er repræsenteret af markedsøkonomiske mekanismer og politisk-administrative regler, som er mere eller mindre kendte for aktørerne, herunder de sundhedsprofessionelle. Det agerer typisk som et bureaukrati i formelle offentlige og private organisationer (Andersen 1996) og handler strategisk og rationelt ud fra et vedvarende krav om effektivitet og resourceudnyttelse, idet det ”beregner, hvorledes andres valg påvirker opnåelsen af egne målsætninger” (ibid. 355;

370). Det udvikler sig på egne præmisser og uafhængigt af de mellem menneskelige relationer, som er anonyme, upersonlige og fremmedgørende. Det er en effektiv og resultatorienteret praksisform, som er forbundet med teknologiske, instrumentelle handlinger, hvor der ikke som i livsverden er tale om nogen form for konsensus.

Det er Habermas’ opfattelse, at velfærdsstaten som en del af systemet har været en succes i den forstand, at den har været i stand til at fremme økonomisk vækst og skabe et effektivt samfund med stor produktion. Desuden har det politiske system udviklet demokrati med fokus på at give borgerne en vis retslig sikkerhed i forhold til velfærdsstaten. Et forhold som har frembragt et komplekst system af love, regler og ikke mindst et stort og tiltagende bureaukrati.

Men også et forhold som betyder, at de moralske forpligtelser, der tidligere hørte det civile liv til, nu er overtaget af det offentlige. Det politiske system har på den måde fået nogle økonomiske forpligtelser, idet det skal varetage finansieringen af de institutioner, sociale ydelser osv., som fulgte i kølvandet på velfærdssamfundet. En pris systemet må betale for dets integrering i livsverden. Systemet spiller således en dobbeltrolle, idet det tilskynder til økonomisk vækst (produktion), men på samme tid forsøger at begrænse væksten (nedskæringer). På den måde påvirker systemet livsverden. Der sker slet og ret et sammenstød, når systemet griber ind i den subjektive livsverdens mellem menneskelige relationer. Det er derfor, at Habermas, trods opfattelsen af velfærdsstaten som en succes, alligevel kritiserer systemet. Den for Habermas centrale dialog fortrænges, når systemet trænger sig ind på de områder af livet, hvor normer og værdier som eksempelvis medmenneskelig omsorg indlæres. Når det hele kommer til at handle om penge, forarmes livsverden. Og så har omkostningerne ved vel-

færdsstaten med Habermas' ord været "en systemmæssig kolonisering af livsverden" (Andersen 1996:362; Nørager1989).

4.3 Diskussion af sygeplejens vilkår i lyset af Habermas' tanker

Et sygehus er som institution en del af systemet. Systemet er derfor også sygeplejens virkelighed. Ved vurdering af den betydning, Habermas' samfundsteori har for sygeplejen og omsorgen for patienterne, er det således værd at huske, at systemet har sit udspring i livsverden, som dermed legitimerer det. Ligeså at det er penge og magt, der som systemets midler overhovedet gør det muligt at opretholde et moderne og komplekst samfund, herunder sundhedsvæsenet.

Jeg har tidligere refereret til sygeplejefagets sociale mandat, at der fra samfundssystemets side er krav og forventninger til sygeplejen, som faget skal rette sig mod (jvf. 2.1). Sygeplejersken skal således *både* forholde sig til det økonomiske systems krav om øget effektivitet og produktivitet *og* til det politiske systems krav om dokumentation, kvalitetssikring, standardisering og nu også akkreditering.

Imidlertid kan akkrediteringens diagnose- og sygdomsspecifikke standarder og indikatorer have den "bivirkning" (jvf. 2.1), at den enkelte patient med sin konkrete lidelse, sine tanker og følelser om sygdommen, dens behandling og konsekvenser kommer ud af fokus.

En patient havde en oplevelse af at blive set på som et "legeme, der skal behandles medicinsk, ikke et menneske med tanker, følelser og et liv" (jvf. 2.4.1). Derfra er der ikke langt til en mistanke om, at systemet "beregner, hvorledes andres valg påvirker opnåelse af egne målsætninger" (jvf. 4.2). At patienten i systemets optik er reduceret til et upersonligt og anonymt objekt, som på utilitaristisk vis tjener som middel til opnåelse af et givet mål - fx et mål om akkreditering!

Netop det at blive "reduceret til et objekt" (jvf.2.4.1) og ikke blive opfattet som individ er et gennemgående tema i patienternes oplevelser. En objektivering, der kædet sammen med de sundhedsprofessionelles manglende opmærksomhed på patienternes behov for indlevelse og omsorg, giver patienterne associationer til produktion, samlebånd og fabrikker. Tilmed giver

personalets travlhed og effektivitet dem anledning til at føle sig negligerede, ligegyldige og overladt til sig selv.

Selvfølgelig er dokumentation og administrativt arbejde nødvendigt og vigtigt, også i forhold til patientens velfærd. Problemet er blot, at dette ”systemarbejde” flytter tid og opmærksomhed væk fra den direkte og konkrete sygepleje. Og når opmærksomheden er rettet mod det, der skal måles og dokumenteres, bliver det målelige succeskriteriet. Som noget metafysisk og noget, der ligger i relationen, kan omsorg hverken forklares eller beherskes. Hverken måles eller standardiseres.

Når systemet ikke har tillid til de professionelle og derfor på centralistisk vis fastlægger metoder til kontrol af deres funktioner, bliver alt det medmenneskelige underlagt systemets teknisk-instrumentelle rationalitet, siger Åkerstrøm (2008). Der opstår derfor et skisma mellem den ”systembestemte sygepleje, som søger at registrere, om målene er nået og problemerne løst” (Eriksen 1992:17) og den omsorgs- og behovsorienterede sygepleje.

Systemet levner ikke mulighed for menneskeligt nærvær og lægger næsten indirekte op til mindre sanselighed i forhold til fagets medmenneskelige sider, idet de sundhedsprofessionelle både ”tvinges” til at vie ”produktionen” størst opmærksomhed og prioritere dokumentation af objektive data frem for det patientnære arbejde. Empirien kaster lys over patienternes oplevelser af at blive objektiveret og reduceret til en sygdom, et CPR-nummer og deres savn af indlevelse, nærvær og omsorg. Den omtalte rapport fra Dansk Institut for Sundhedsvæsen bekræfter da også, at sygeplejerskerne kun bruger godt 1 % af deres arbejdstid på omsorg. Dokumentation af det at yde omsorg fylder derimod 9 % (Holm-Petersen 2006). Ergo bruger sygeplejerskerne langt mere tid på at dokumentere den omsorg, de rent faktisk udøver, end på at udøve den!

Den bagvedliggende tankegang kommer for mig at se derfor til at betegne en ringeagt over for det konkrete nærvær med patienten. Systemets behov for dokumentation og effektivitet koloniserer livsverden og dermed det med - og mellemmenneskelige.

Hvis der fra patientens perspektiv skal være tale om kvalitet, har jeg med reference til Donabedian imidlertid påvist, at kvalitet i mindst lige så høj grad drejer sig om det medmenneskelige, relationelle aspekt som om det organisatorisk-faglige aspekt.

I livsverden har alt betydning, også det enkelte menneske. Når man bevæger sig på systemplan, taler man derimod ikke om betydning, følelser, nærvær, omsorg. Kun om funktion. Men pleje og omsorg er ikke et abstrakt og teoretisk forehavende. Det er en konkret aktivitet til et konkret menneske i en konkret situation. Det medmenneskelige i sygeplejen må, som Martinsen pointerer, ikke gå tabt i en teknisk-instrumentel nødvendighed. Et forhold Grosen allerede bekymrede sig om for mange år siden. Det er vigtigt at implicere værdier fra livsverden i pleje og omsorg for patienten. I det følgende afsnit vil jeg derfor inddrage Aristoteles, som med sin nuancerede opfattelse af vidensbegrebet ikke mener, at de forskellige kundskabsformer kan være foreskrivende for hinanden, men på trods af indbyrdes forskelle bør opfattes som ligeværdige.

5. Aristoteles

Det er indlysende, at en diskussion om viden er afhængig af tid og rum. Men selv om Aristoteles levede for mere end 2500 år siden, finder jeg, at hans nuancerede opfattelse af kundskab og praksis på en meningsfuld måde kan relateres til de kundskabsformer, som anses nødvendige i udøvelsen af sygepleje og dermed i uddannelsen af sygeplejersker.

Det er ikke min hensigt at foretage en historisk analyse af Aristoteles' liv og levned. Jeg vil primært koncentrere mig om de vidensformer, Aristoteles knytter sammen med det gode liv. Men først en kort introduktion.

Aristoteles (384 – 322), græsk filosof og videnskabsmand, var den mest betydelige elev på Platons Akademi i Athen og regnes sammen med Platon som grundlægger af den europæiske filosofi. Senere oprettede Aristoteles sin egen filosofiske skole, Lykeion. I eftertiden kaldt den peripatetiske¹⁰ skole. Som ophavsmand til de senere traditionelle discipliner, hvis terminologi han grundlæggende har præget, har Aristoteles haft uendelig stor betydning for hele den vestlige verdens tænkning. Det gælder også hans hovedværker, som alle historisk har status af klassikere (Porsborg 2000; Den Store Danske Encyklopædi (DSDE)).

Aristoteles forbinder i sin etik de tre kundskabsområder epistémé, téchne og phrónesis med spørgsmålet om, hvordan tænkning kan bidrage til det gode liv. Forenklet svarer tredelingen til en inddeling af den menneskelige aktivitet. Den teoretiske aktivitet (theoria) er kontemplativ og omfatter alt det, der ikke kan være anderledes, dvs. epistemisk viden - ”der er ingen overvejelser om de nøjagtige og selvberoende videnskaber” (Aristoteles:79). Det praktiske område omfatter derimod det partikulære og er ”... de ting som er modtagelige for forandring” (ibid.149). Aristoteles differentierer mellem to praktiske handlingsmåder, poiesis¹¹ og praxis¹². Som en praktisk visdom eller handlen hvis mål falder sammen med aktiviteten, er

¹⁰ Gr.: spadsere. Refererer til den søjlegang, hvorfra undervisningen fandt sted, idet det var græsk tradition at forene det at tænke med at spadsere (Johansen 1998:338).

¹¹ Poiein [gr.: skabe, frembringe]. I Aristoteles etik står det for en handling, hvis værdi ligger i det, den frembringer, modsat

¹² Praxis [gr.: gøre], hvis værdi ligger i selve handlingen.

phrónesis knyttet til praxis. Dvs. mellemmenneskelige relationer af praktisk-moralsk karakter (Birkelund 2004: 238). Téchne, i betydningen at skabe eller frembringe noget, en produktiv kunnen eller kunst, er derimod forbundet med poiesis.

Da ”Kundskab er en aktivitet (potentielt) og ikke kun (virkeliggjort) resultat” (Lauritzen 2006), og kundskabernes beskaffenhed står i forhold til det område, de er knyttet til, kan man ikke opnå samme grad af eksakthed inden for alle kundskabsformer. De kan derfor heller ikke være foreskrivende for hinanden, men bør trods indbyrdes forskelle opfattes som ligeværdige (Saugstad 2003:314). En pointe som efter min mening er central i en diskussion af, hvilken kundskabsform der skal danne grundlag for uddannelsen til sygeplejerske. Men hvad er det gode liv i ”Aristotelisk” forståelse? Det vil jeg nu give en introduktion til.

5.1 Det gode liv

Aristoteles indleder ”Den Nikomacheiske Etik” med at indkredse og fastlægge et nøglebegreb for sin etik, nemlig at ”det gode er det, imod hvilket alting retter sig” (Aristoteles 2000:31). ”Både mængden og de dannede” søger herefter. Ikke sådan at forstå, at det gode er noget, mennesket *skal* gøre. Nej, det er noget mennesket stræber efter og derfor *gør* (Johansen:1998). Menneskets højeste og endelige, finale mål er lykken, eudaimonia. Perspektivet er således teleologisk. Men ”at hævde, at lykken er det højeste gode, forekommer vel lidt ordinært, og der behøves en tydeligere redegørelse for hvad den er”, siger Aristoteles (2000:39) og knytter det gode liv, menneskets lykke til dets udførelse af arbejdet, til dets funktion, hvormed menes den egenskab, som lige netop denne person kan udføre – og udføre godt. Aristoteles kalder det dyd, aretè: ”Det vi søger gælder altså for den lykkelige og han vil være lykkelig livet langt. Og han vil altid eller især handle og tænke i overensstemmelse med dyden” (ibid. 46). Med andre ord går vejen til lykke via dyderne. Aristoteles’ etik kan hermed bestemmes som en situationsbestemt dyds- og lykkeetik.

Men det er ”besværligt at være god” (ibid.68) og bevæge sig på dydens smalle sti (Birkelund 1999). Thi forudsætningen for et vellykket og moralsk rigtigt liv er, at man i den konkrete situation kan finde midten. Dvs. foretage det rette skøn. Kun den kyndige kan ved et bevidst og fornuftigt valg ramme midten, hvad angår såvel følelser som handlinger (Aristoteles

2000:168) og kan ikke bestemmes en gang for alle. Der er derfor behov for udvikling af de intellektuelle dyder.

Overordnet skelner Aristoteles mellem intellektuelle og etiske dyder: ”Visdom og forståelse og kløgt er intellektuelle dyder, gavmildhed og mådehold er etiske ...”(ibid. 51). Gennem opdragelse og tilvænnelse omdannes de etiske dyder drift og tilbøjelighed til en fast moralsk karakter, mens de intellektuelle derimod er knyttet til *fornuften* (ibid. ff.).

Mennesket har nemlig en særlig evne som sin mulighed. Udover det vegetative og perciperende kan mennesket tænke - i modsætning til alle andre levende organismer (ibid.50). Mennesket besidder fornuft, ratio, som er i stand til at dirigere handlinger og styre sanserne, følelserne og ”er blevet til det, det er i kraft af hvad det gør og dets måde at forholde sig på, dvs. det forholder sig på en bestemt måde på grund af det, det er blevet til” (Gadamer 2004:297). ”Der er derfor noget bagvendt ved at holde forelæsninger over etik”. Thi det er ikke teoretisk erkendelse, der er etikens formål, men at vi skal blive bedre mennesker (Johansen 1998: 460). Det er en eksplicit henvisning til den erfaringsbaserede, intellektuelle dyd *phrónesis* (Aristoteles 2000:50,59).

5.2 Phrónesis – den praktiske kundskab

Hele VI bog af ”Etikken” er forbeholdt en analyse af phrónesisbegrebet. Aristoteles begynder med en konstatering af, at sjælen både har en irrationel del for så vidt angår de etiske dyder og en rationel del, som knytter sig til de intellektuelle dyder. De intellektuelle dyder omfatter som nævnt både et teoretisk område - om alt det, der ikke kan være anderledes - og et praktisk område med handling som mål (Aristoteles 2000:79,149).

Den intellektuelle dyd phrónesis, kløgt - eller ”livsklogskab”, som Birkelund oversætter det til (2004:239) - er den besindige overvejelses dyd (Gadamer 2004:307). Det er ikke en medfødt evne. Ej heller er den modtagelig for teoretisk indlæring. Nej, den dyd det er at handle godt, er en personlig, etisk egenskab, som vi dannes til i praksis. I overensstemmelse med det, det enkelte menneske tilegner sig gennem opdragelse, lærdom og erfaring og ”når deres fuldkommenhed i os gennem vanen” (Aristoteles 2000:55). ”Men folk gør flest ikke disse

ting, men flygter ind i teorien og tror, at de filosoferer og vil blive dygtige herved, ... men gør intet af det de foreskriver" (ibid.60).

Aristoteles er konsekvent, når han modstiller viden som intellektuel disciplin og den erfaringsbaserede viden og siger fx:

"... at unge mennesker menes at kunne blive geometrikere og matematikere og vise i disse discipliner, men ikke kløgtige. Årsagen er, at kløgten angår de partikulære ting, som bliver bekendte igennem erfaringen, og at det unge menneske ikke er erfarent. For det er tiden, som skaber erfaringen ... matematik opstår ved abstraktion, men naturfilosofiens principper gennem erfaring".

(Aristoteles 2000:157)

Kløgt og intellekt er vidt forskellige. Mens intellektet udvikles af abstraktioner og angår definitioner, angår kløgt det partikulære og inspireres af sansningen, dvs. intuitionen. Kun den målrettede og praktiske tænkning fører til handling. Derimod bevæger den genstandsløse tænkning i sig selv ikke noget.

Det er svært præcis at definere kløgt, men nogen videnskab er det ikke. Den er en rationel, handlende egenskab rettet mod de menneskelige goder og er et spørgsmål om at finde den gyldne middelvej. Dvs. en balance mellem for lidt og for meget. Vi kan få begreb om den ved at lade det unge menneske betragte den kløgtige og lytte til "erfarne og ældre eller kløgtige folks udtalelser i ikke ringere grad end til bevisførelser ..." (ibid.160). Det er således erfaringer fra "livets skole", som danner grundlag for phronétisk viden (Birkelund 2004). Derfor er phronésis ikke knyttet til epistemé. Ej heller til tēchné. Thi kløgt er hverken videnskab, som er uforanderlig, eller kunst, som har et mål uden for sig selv. "Ingen overvejer og træffer beslutninger om de ting, som ikke kan være anderledes, og heller ikke om ting, han umuligt kan udføre" (Aristoteles 2000:153). Derimod er den kløgtige: ... "i stand til dygtigt at overveje det, som er godt og gavnligt, ikke i enkelttilfælde men i forhold til det gode liv generelt" (ibid.). Præcise redegørelser for handlen kan der ikke være tale om – de kan kun "gives i omrids" (ibid.56).

Således svarer phronésis til fornuftens indsigt i, hvad der i en given situation bør gøres. Og desuden til den dyd, der forbinder det partikulære og konkrete med det generelle og principielle. Phronésis er derfor en vigtig egenskab. Men ikke en tilstrækkelig egenskab. At handle moralsk godt ”med intellektet” er ikke ensbetydende med at handle godt ”med etikken”. Viljen til den gode handling beror på de etiske dyder, men forudsætningen er en god karakter. I den konkrete situation er det derfor fornuften, som bestemmer hvilken handling, der skal udøves for at nå det mål, midtermålet, som vi i *vita activa* qua opdragelse og erfaring har fundet at være det rette. Moralsk dyd og fornuft ligger da implicit i hinanden. De etiske, irrationelle dyder bestemmer målet, mens phronésis, den intellektuelle og rationelle dyd, bestemmer handlingen (ibid.:164; Gadamer 2004:477).

Da phronésis er knyttet til konkrete mellem menneskelige handlinger og forbundet med det menneskeligt gode – med de ting, som kan overvejes og derfor føre til ændring af forhold i praxis – (ibid.) er der ikke knyttet systematisk, eksplicit litteratur til denne kundskabsform. Det moralske liv er praxis. Ikke en refleksion over praxis (Johansen 1998:465).

5.3 Epistémé – den videnskabelige kundskab

Det forholder sig anderledes med den intellektuelle dyd epistémé, hvis aktivitetsform er theoria. Den epistemiske viden har ikke umiddelbart noget med praxis at gøre, men er som kundskabsform løsrevet fra det enkelte menneske og uafhængig af den givne kontekst. Ikke at forstå som en passiv, kontemplativ virksomhed. ”Theoria ... må tænkes ud fra det, der betragtes” siger Gadamer, idet han pointerer, at ”Theoria er virkelig deltagelse” (2004:122). Med sin systematiske, eksplicite og begrebslige viden er epistémé knyttet til det naturvidenskabelige vidensideal, karakteriseret ved at omhandle det, der ikke kan være anderledes: ”Der er ingen overvejelser om de nøjagtige og selvberørende videnskaber” (Aristoteles 2000:79,165). Som udtryk for det generelle og beviselige er der således tale om en fastlagt og afgrænset viden, som kan formidles teoretisk og er som sådan tilgængelig for alle, idet enhver undervisning går ud fra noget forud kendt.

I sundhedsfaglig sammenhæng rummer begrebet epistémé forskellige vidensopfattelser, der ses som idealer for den moderne forståelse af videnskab. Fælles er opfattelsen af, at man neutralt kan undersøge virkeligheden uafhængig af subjektet og ad den vej nå til sand viden. Den rationalistiske erkendelse rækker tilbage til Descartes og oplysningstiden, hvor den moderne opfattelse af videnskab tog sin begyndelse. Rationalisterne hævder med en tankegang, der oprindeligt stammer fra Platon, at sanserne kan bedrage, hvorfor sand viden er det, vi kan begrunde med fornuftsmæssige argumenter, dvs. logiske og matematiske tankerækker (Gustavsson 2001).

Den empiriske retning hævder derimod, at det sikre fundament for vores viden har udspring i sanseerfaringer, iagttagelser. Med den implicite antagelse, at det er muligt at finde en universel sandhed om et givent fænomen ved hjælp af objektive målinger og kvantitative metoder, er empirisk forskning karakteriseret ved, at der drages slutninger fra det partikulære til det generelle. Forudsætningen for, at denne forskning kan anerkendes som videnskabelig, er et implicit krav om, at man forholder sig objektivt til sine observationer (ibid.). Det er hovedsageligt det lægemedicinske felt, der benytter sig af denne forskningsmetode, som især finder anvendelse i behandling af sygdomme ud fra en naturvidenskabelig logik. Empirisk forskning ligger således til grund for akkrediteringens mange standarder og tilhørende indikatorer (jvf. afsnit 2.1). Den generelle opfattelse er, at empirisk videnskab er den eneste legitime forståelse af ægte videnskab (Flyvbjerg 1993).

For Aristoteles gælder imidlertid, at sansning ikke alene fører til erkendelse lige som ”tænkning i sig selv ikke bevæger noget”. Forudsætningen for den rigtige handlen er ”tænkning og moral” (Aristoteles 2000:150).

5.4 Téchne – håndværk og kunst

”Dette at styre en handling ved hjælp af viden”, siger Gadamer, ”findes på eksemplarisk måde i det, grækerne kaldte téchne. Det er kunstfærdigheden, den håndværksmæssige viden om, hvordan man skal lave en bestemt ting” (2004:299). Aristoteles adskiller konsekvent den tankevirksomhed, der er rettet mod det at *frembringe* noget fra den tankevirksomhed, der drejer sig om det at *skabe eller gøre* noget.

Téchne er således en vidensform, der er orienteret mod produktion, men også mod den tankevirksomhed, der er produktets tanke - eller idemæssige forudsætning. Med kundskabsformen poiesis har frembringelse med kunst eller håndværk at gøre. Det handler om nydelser og smerte, dvs. følelser. Fx at bevæge nogen ved kunst eller poesi. At skabe relateres derimod til en praktisk viden, som med kundskabsformen praxis er knyttet til handling. Såvel praxis som poiesis angår det specifikke eller partikulære. Techné er derfor en anden form for viden end den epistemiske, teoretisk-videnskabelige viden, som drejer sig om det almene og universelle.

Da målet for handling ligger i produktet eller resultatet og ikke i selve handlingen er téchne, i modsætning til den epistemiske viden, modtagelig for forandring. Heraf fremgår, at techné ikke er en teoribaseret, men erfaringsbaseret indsigt, en færdighed i selve udførelsen (ibid.). Karakteriseret som en instrumentel kundskab har téchne stor betydning i et praksisfag som sygepleje – et håndlag, det at beherske færdigheder som fx sårpleje og injektionsteknik. Men som Gadamer påpeger, er det ikke en kundskabsform, som kan erhverves uden personlig erfaring. Den er derimod forbundet med læring gennem gentagelser og justeringer af håndværket i praksis. I sygeplejen har mesterlæren derfor haft en historisk fremtrædende plads i forhold til oplæring af sygeplejeeleverne.

I den vestlige kultur har naturvidenskabelig viden, især i nyere tid, haft en stærk og dominerende position i forhold til den praktiske kundskab, som generelt ikke har nydt samme grad af anerkendelse (Wackerhausen 1993). I det følgende diskuteres Aristoteles' kundskabsformer i forhold til de stillede spørgsmål.

5.5 Diskussion af sygeplejerskeuddannelsen i lyset af Aristoteles' kundskabssyn

Set i et historisk perspektiv har samfundets udvikling været præget af en tiltagende institutionalisering. Det gælder fx i forhold til pleje og pasning af det syge menneske. Og det gælder i bred forstand uddannelse og oplæring. Sygeplejerskeuddannelsen er et eksempel på en uddannelse, som har bevæget sig fra en overvejende praktisk virksomhed med tæt forbindelse til den sygeplejefaglige hverdag til i dag at være et professionsbaseret studium. Det betyder,

at en stor del af undervisningen finder sted på skolebænken, løsrevet fra den virkelighed, hvor den erfaringsbaserede viden kan indhentes.

I den forbindelse er det værd at notere sig, at det græske ord for skole, *scholae*, oprindeligt betyder ”frihed for beskæftigelse”. Hvilket passende kan bidrage til at skærpe opmærksomheden i forhold til mit valg af at sætte sygeplejens vidensformer ind i en oldgræsk fortolkningsramme. Det er jo sådan, at selv om vi ofte henviser til det antikke Grækenland som ”kulturens vugge”, kan det samfund, Aristoteles skildrer og lever i, på samme tid forekomme både barbarisk og primitivt. Fx blev slaveri i det oldgræske samfund betragtet som en nødvendighed til udførelsen af håndværk og andet praktisk arbejde. Hvorimod den *praxis* som Aristoteles henviser til, når han taler om ”livets skole”, sandsynligvis er forbeholdt Aristoteles og hans ligesindede – nemlig filosofferne og deres elever (Birkelund 2000b; 1999;1995). Betingelsen for den tilstræbte dannelse var netop friheden for arbejde.

Når jeg på trods af dette har valgt at inddrage Aristoteles’ vidensformer som teoretisk materiale, er det fordi jeg finder den ”hermeneutiske aktualisering af oldtidens potentialer”(Jørgensen 2004: 7) værdifuld i forhold til specialets problematik.

Den epistémiske, teoretiske kundskabsform er et formål i sig selv, idet den ikke umiddelbart kan omsættes til hverken *phrónetisk* handlen eller produktiv, kunstnerisk frembringelse. Den har således ingen forbindelse til praksis, men retter sig mod det, der ikke kan være anderledes. Sygepleje er derimod en praksis, hvor alting kan være anderledes og hvis udgangspunkt altid er det enkelte menneske, den konkrete situation, det partikulære. Margrethe Kemps ønske om ikke at være identisk med sin sygdom (”Jeg er andet og mere end mine kræftceller”) er med til at understøtte Donabedians pointe ”the interpersonal process is the vehicle by which technical care is implemented and on which its success depends” (jvf.2.4.2).

Hvis der fra patientens perspektiv skal være tale om ”success”, om kvalitet, er det netop betydningsfuldt, at patienterne ikke har en oplevelse af at blive rubriceret specifikt som ”sygdom X med faste rutiner, der skal følges” (jvf.2.4.1). En oplevelse som ikke var et enkeltstående tilfælde i undersøgelsen ”Kræftpatientens Verden”, hvor flere patienter netop havde en oplevelse af at blive objektivere og reduceret til et CPR-nummer.

Set i det perspektiv er det problematisk at lade generel, epistémisk viden i form af evidens-baserede standarder og indikatorer være vejledende for praksis, som Den kommende Danske Kvalitetsreform lægger op til. Det samme gælder anbefalinger, checklister for bløde værdier osv. Et flueben i en rubrik, fx ”modtaget med empati”, er ikke synonymt med, at der i modtagelsen af lige netop denne patient er vist indlevelse og nærvær. Ja, som Gadamer påpeger, kan en standard ligefrem ”true med at sløre de konkrete krav, der udgår fra situationen” (jvf.2.1).

At lade epistémisk kundskab være *foreskrivende* for omsorgshandlinger er uforeneligt med den foranderlige virkelighed, som sygeplejen bevæger sig i. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på, at epistemisk viden ikke skal *dominere*, men være *integreret* i de sygeplejehandlinger, den kyndige sygeplejerske udøver. Teorierne skal med Grundtvigsk udtryk være som gode venner i baghånden.

At lade epistémisk kundskab være *foreskrivende* for eksempelvis omsorgshandlinger er derimod uforeneligt med den foranderlige virkelighed, sygeplejen bevæger sig i. Sygeplejersken har brug for andre kundskaber. Den praktiske kundskab, *téchne*, er en af dem.

Téchne har med de instrumentelle færdigheder at gøre. Med praktisk dygtighed som håndværk og kunst. I den sundhedsfaglige praksis handler det om, hvordan de praktiske opgaver skal udføres. Fx er handlingen med at trække medicin op i en sprøjte og derefter give injektionen en teknisk færdighed, som kræver øvelse og erfaring. Og kunstfærdighed. Eller den rutine som kommer til udtryk, når et team af sundhedsprofessionelle sammen skal løse en fælles og konkret arbejdsopgave som fx kropspleje til en patient, der lider af KOL. Den tekniske viden er således knyttet til praktiske handlinger og personer. Dvs. en kontekstafhængig viden, man kun i begrænset omfang kan erhverve med teoretisk undervisning. Eller i skolens demonstrationsstue, som med betegnelser som færdighedslaboratorier eller ”learning-labs” har fået en renæssance i sygeplejerskeuddannelsen. Men demonstrationsdukker og teknologiske træningsobjekter vil i bedste fald kun give en *første* fortrolighed med sygeplejehandlinger og procedurer, som netop er karakteriserede ved hele tiden at veksle og kalde på overvejelser om, hvad der i den konkrete situation er det rette at gøre.

At beherske injektionsteknik eller andre færdigheder på ypperste vis er at regne som en ”kunstnerisk dyd”, et håndlag, som kræver mere end teoretisk viden om, hvor og hvordan en injektion skal gives. Det er en variabel færdighed eller dygtighed, som kræver erfaringer fra de sammenhænge, hvor handlingerne skal udføres – dvs. praksis. Det samme gør sig gældende for dyden *phrónesis*.

Den intellektuelle dyd *phrónesis* erhverves heller ikke på skolebænken, men gennem erfaringer med livet selv. *Phrónesis* er evnen til at foretage et fagligt skøn ud fra generel viden, konkrete erfaringer, indlevelsessevne og kreativitet. Dvs. i en konkret situation med udgangspunkt i det partikulære. I denne sammenhæng altså den enkelte patient.

For den sygeplejestuderende er muligheden for at komme i besiddelse af den erfaring, der er så vigtig for at blive en dygtig og omsorgsfuld sygeplejerske, med andre ord betinget af det konkrete møde med den enkelte, konkrete patient. Når uddannelsen derfor vægter teoretisk undervisning i klasselokalet – løsrevet fra sygeplejens virkelighed, altså selve sygeplejerskearbejdet, er det forbundet med vanskeligheder at lære, hvad der i den konkrete situation er rigtigt og forkert. Det er fx ikke nok at kende virkning og bivirkning af et præparat (*epistémé*) eller vide, hvordan præparatet skal injiceres (*téchne*). Det er også betydningsfuldt at kunne omsætte sin teoretiske viden i forhold til den konkrete og ofte komplekse situation. Imidlertid har teori, den genstandsløse tænkning, ikke nogen praksis, men udrettes for sin egen skyld. Indsigten kommer heller ikke af dagligdagens gøremål, hvor der ikke er levnet plads til et sådant frirum. Jeg mener derfor, det ville være befordrende for de sygeplejestuderendes dannelse, hvis der blev givet mulighed for at trække sig tilbage fra praksis. Fra den skole, Aristoteles omtaler som ”livets skole”, til Grundtvigs væksthusskole ”Skolen for Livet”.

6. Grundtvig

Dannelse ligger som en implicit dimension i enhver uddannelse, lød det indledningsvis. Sig-tet med specialet er netop det personlige og medmenneskelige i uddannelsen af sygeplejer-sker. Det dannelsesmæssige aspekt. Læseren bedes derfor erindre (2.2), at dette forhold var en central grundtanke på Testrup Højskole. Maren Grosens og Ingrid Kaaes indstilling til undervisningen gik netop ud på, at teoretiske kundskaber - vist er de nødvendige, men til-strækkelige, *det* er de ikke. For hvis ikke livsglæden ligger indlejret som en del af arbejds-glæden til glæde ”for de menneskers skyld, som er afhængige af os” (Birkelund 1999: 62), får arbejdet karakter af pligt. At fremme elevernes livsglæde ved at lægge vægt på det æste-tiske - udtrykt ved at ”det nytteløse er det nyttigste”, når det gælder medmenneskelig dannel-se - har derfor været bestemmende for grundlaget på ikke alene Testrup Højskole, men også på alle øvrige højskoler og grundtvigianske friskoler.

Ingen enkeltperson har mere end Grundtvig præget denne skoletradition og måske hele den danske selvforståelse generelt. Som en modpol til datidens skoleform, som Grundtvig ned-sættende kaldte den sorte skole, ønskede han at skabe en ”Skole for Livet”. En skole med det historiske og poetiske i højsædet.

Det er i disse historisk-poetiske skoletanker, jeg har fundet inspiration til mine overvejelser omkring dannelsen og uddannelsen i sygepleje. Vel vidende at Grundtvig skrev for og i sin samtid. Og da slet ikke for sygeplejen, som på det tidspunkt knap var et fag¹³.

Grundtvig hører med et fødselsår for 225 år siden til i vores fortid, i historien. Ikke desto mindre har Grundtvig stadig stor betydning. Ja, forfatteren og højskolelæreren Ole Vind me-ner ligefrem, at vi ”hver især bærer på en indre grundtvigianer, for når det kommer til styk-ket, er vi alle i dette land rundet af den gamle digterpræst” (2002). Grundtvig havde de dej-ligste poetiske evner, var og er danmarkshistoriens flittigste skribent og regnes i den danske

¹³ Grundtvig omtaler de som i embeds medfør indgår i medmenneskelige relationer, som praktiske embeds-mænd. Dvs. professioner som fx skolelærere, præster, læger, jurister. I specialet inkluderer jeg sygeplejersker i denne betegnelse.

litteraturhistorie for en af hovedskikkelserne i den danske guldalder¹⁴. Grundtvig lagde oprindelsen til højskolebevægelsen i 1830'erne. Udover at være teolog og præst var han ”Danmarks største oplysningsfilosof, en akademisk tænker med europæisk vinge-fang og en digter af sjælden originalitet” (ibid.).

Al den stund dette speciale har fokus på det dannelsesmæssige aspekt er det imidlertid det pædagogiske i Grundtvigs tænkning, blikket rettes mod. Det historisk-poetiske.

Grundtvigs pædagogiske skrifter vakte kun begrænset opmærksomhed i hans samtid. Men det varede blot få år, fortæller Bugge, før han blev værdsat som ”Det eneste pædagogiske Geni, som Danmark hidtil har frembragt” (1965:347). Dertil er han med sine banebrydende tanker om en skole, hvor ånd og tanke skulle udvikles gennem oplysning med relation til det virkelige liv og ikke gennem pensum og eksamen, manden bag de danske folkehøjskole- grundide og et for datiden nyt og anderledes syn på undervisning.

Som nævnt er det ikke nemt at adskille Grundtvigs pædagogiske tænkning fra hans menneskesyn. For overblikkets skyld vil jeg efter en kort præsentation derfor i afsnit 6.1 skitsere indholdet af Grundtvigs menneskesyn, som han selv beskriver det under betegnelsen den mosaik-kristelige anskuelse. Først derefter vil skoletankerne udfoldes.

Grundtvig blev født i 1783 i en konservativ præsteslægt. Allerede som niårig blev han sendt hjemmefra til 6 års ”børneskole” hos præsten i Thyregod, som skulle forberede ham til latin-skolen på Katedralskolen i Århus. Denne sidste danner sammen med erfaringer fra det teolo- giske fakultet ved Københavns Universitet baggrunden for Grundtvigs betegnelser om ”dø- dens skole” eller ”den sorte skole”. En dogmatisk skoleform, der i stor udstrækning var base- ret på latinsk terperi, udenadslære og eksaminer.

Efter faderens ønske blev han teolog¹⁵. Selv havde han større interesse for at blive digter og historiker. Grundtvigs samtid var både præget af romantikken og rationalismen. På universi- tetet blev den unge teologistuderende således fascineret af oplysningstidens tanker og ført

¹⁴ Betegnelsen for en periode i 1800-tallet, præget af romantiske digtere som Steffens, Grundtvig og Oehlensläger, som koblede en genoplivelse af den nordiske oldtid sammen med drømmen om en ny skandinavisk guldalder (DSDE)

¹⁵ ”En Børnesygd, jeg ønskede overstaaet jo før jo heller (Lykønskning 1847:17)

ind i en rationalistisk kristendomsforståelse som, modsat barndomshjemmets konservative luthersk-pietistiske miljø, ville forklare troen ud fra fornuftsbetonede argumenter.

Imidlertid førte en uigengældt forelskelse¹⁶ til en voksende interesse for romantikkens poesi og filosofi. En interesse, som blev hjulpet på vej af fætterens Henrich Steffens levende ord i en række forelæsninger om poesiens evne til at gøre fortiden levende og nærværende. Interessen for historie og i særdeleshed den græske mytologi var allerede vakt i Grundtvigs ungdomsår, men nu fordybede han sig også i den nordiske mytologi. Første udgave af ”Nordens Mythologi” i 1808 var et resultat af disse tildragelser.

Som præst førte Grundtvig en noget omtumlet tilværelse og kom med sin retorik og sine polemiske udfald flere gange på kant med tidens prædikanter og deres teologiske udlægninger. Efter at være blevet dømt for injurier og pålagt livsvarig censur (dog ophævet i 1837) stod Grundtvig i en årrække uden embede, inden han i 1839 fik ansættelse som præst ved den kirke, der var knyttet til Vartov Hospital¹⁷. Der var han ansat til sin død 33 år senere. Grundtvig døde i 1872, knap 89 år gammel. Dagen forinden havde han prædikeret i en fyldt Vartov Kirke.

I årene 1829 -1831 foretog Grundtvig tre rejser til England, hvor englændernes praktiske virkelyst og deres sans for åndelig og verdslig frihed gjorde stort indtryk på ham. Men han så også, at det danske folk endnu ikke var rustet til den samme udvikling (Bugge 1983).

Grundtvig så det derfor som sin opgave at gennemføre en ”demokratisk og folkelig opdragelse¹⁸”(Gsv1:21), så befolkningen kunne tage del i det spirende demokrati.

I Oxford og Cambridge oplevede Grundtvig, hvordan studerende og lærere kunne mødes i gensidig respekt og udveksle synspunkter om det stof, de beskæftigede sig med og om livet i almindelighed. Det frie miljø og den venlige omgangstone stod i skærende kontrast til Grundtvigs egne erfaringer med det danske uddannelsessystems ”sorte skole” og fik den største betydning for hans tanker om skolegang og uddannelse.

¹⁶ Som nyuddannet kandidat bliver Grundtvig ansat som huslærer på godset Egeløkke og forelsker sig der, hemmeligt og umuligt, i husets frue.

¹⁷ Vartov Hospital var ikke et hospital i nutidig forstand, men en stiftelse for syge og fattige.

¹⁸ Grundtvig er ikke tilhænger af demokrati som forfatningsform, men argumenterer for et ”ægte folkestyre”.

Inspirationen fandt udtryk i en fornyet og stærkt revideret udgave af ”Nordens Mythologi”(1832). Især er indledningen i dette skrift central for at forstå Grundtvigs tanker om en ”Skole for Livet”, som senere førte til oprettelsen af folkehøjskolerne. Den første grundlagt i 1844.

6.1 Den mosaik-kristelige grundanskuelse

Under arbejdet med ”Nordens Mythologi” løsriver Grundtvig sig fra barndomshjemmets lutherske påvirkning og afklarer sit syn på forholdet mellem det menneskelige og det kristelige, udtrykt i ”Menneske først, Christen saa” (MH:28). Samtidig kritiserer Grundtvig oplysningstidens rationalistiske tankegang, hvor mennesket reduceres til jordiske bestanddele. Som en menneskelig forening af stov og ånd er mennesket skabt i Guds Billede. Mennesket er et ”Guddommeligt Eksperiment” (NM:407), som ved at være skabt i Guds billede er givet et etisk fundament for det gode menneskelige liv (Birkelund 2006;1999).

Grundtvig tager skarpt afstand fra den ”Ny-Romerske, Kloster-Latinske, Pavelige Aands-Cultur” (NM:395). En videnskab, som er løsrevet fra det folkelige liv, er ”et Skin-Begreb ... frembragde kun Skygge-Værk i Aandens Verden” (ibid.: 394). Det undertrykkende kristelige oplysningsbegreb og det latinske og tyske ”Bogormevæsen”, der som en livløs videnskabelighed går ud fra ”Bogstav-Skriften, istedenfor fra det levende Ord” (ibid.:407), er åndsfor-tærende, lyder det fra Grundtvig. Videnskab skal omfatte hele menneskelivet. Ja, Grundtvig gør ligefrem ”Universal Historisk Vidskab”¹⁹ til betingelsen for, at videnskabelighed overhovedet kan trives (ibid.: 406). Forbundet med det poetisk-historiske er det ”... den *eneste ægte* Grund-Anskuelse af Menneske-Livet, som ... maa ligesaavel i Videnskaben som i Livet være Lede-Stjernen, vi stræbe at følge” (ibid.: 401).

Imidlertid indskærper Grundtvig forskellen på tro og anskuelse. Den kristne *tro* er i en kristen optik forbundet med Jesu liv, død og opstandelse, mens den mosaik-kristelige *anskuelse* af livet er et livs- og menneskesyn. Pointen med denne distinktion er en præcisering af

¹⁹ Overskrift på kap. I i Indledningen til Nordens Mythologi. Grundtvig ser ”Vidskab” som modsætning til ”Videnskabelighed”

oplysning og skolearbejde som et menneskeligt anliggende, mens tro derimod ikke er en sag for skolen (MH: 76; NM: 401; Birkelund:1999).

Det er med afsæt i disse tanker, at Grundtvig insisterer på en ny, nordisk videnskabelighed som i lyset af den mosaik-kristelige anskuelse bliver levende og universalhistorisk (NM 399). Især ses det poetiske billedsprog som en erkendelsesvej. En spire til at få ”Begreb om Konst og Vidskab, der omfatter hele Menneske-Livet, med alle dets Kræfter, Vilkaar og Virkninger, frigjør, styrker og forlyster Alt ... og maa nødvendig lede til den fuldkomneste Forklaring af Livet” (ibid.: 397). Grundtvig er ikke i tvivl om sansernes og følelsernes betydning for menneskets erkendelse og udvikling af menneskelighed. Kunsten er med sin erkendelsesmæssige funktion derfor til for menneskelivets skyld ²⁰ mener Grundtvig i et opgør med Kants æstetiske forståelse af kunstværkets autonomi (Birkelund 1999:128).

I det hele taget tager Grundtvig til genmæle mod den ”høitydske Indbildning, at *Livet* kan og skal lade sig *forklare*, før det leves (Gsv2:91). Den indlysende sandhed er, ”at hos os *Mennesker* gaar *Livet* altid *foran Lyset*” (ibid.:254). Kant afviser sanserne som vej til erkendelse og tror på fornuft som ledemotiv for den etisk gode handling. Modsat mener Grundtvig, at fornuften må indordne sig og indse, at den blot er et middel til erkendelse af den sandhed, som kommer til syne i det historiske. Det gælder vel at mærke også naturvidenskaberne (Birkelund 1999:127).

Grundtvig vil ”Livs-udvikling”, han vil ”Aands-Dannelse”. Og midlet til at forplante denne dannelse er ikke fornuftens døde bogstav, men levende, vingede ord, der i en ”venlig Vekselvirkning” åbner for samtale.

6.2 Drengvidenskabelighed og Skolefuxerie

Grundtvigs dom over latinskolen er samtidig et opgør med oplysningstidens tro på videnskab som vej til en bedre verden. Ja, Grundtvig nærmest fortvivler over, at unge mennesker, som

²⁰ Kant (1724-1804) argumenterer i ”Kritik der Urtheilskraft” for, at æstetiske objekter kun udløser interesseløst behag – man nyder udelukkende kunstværket for dets egen skyld (Hagen 2002)

endnu ikke har livserfaring, udsættes for en undervisning, hvis abstrakte viden og begrebslige sprog henvender sig til hovedet og ikke til hjertet (Bugge 1968:85,101). En oplysning abstraheret fra livet slår eleverne åndeligt ihjel og hindrer menneskelig dannelse. Et ”Skole-fuxeri”, der også for de menneskelige relationer er en stor ulykke (Birkelund 1999:135). Problemet er ikke kun latinskolen med dens idealer om kendskab til latin og grammatik, udenadslære og ”Chinesiske Examens-Væsen” (Bugge1968:85,101). Nej, alle skoler ”uden undtagelse ... enhver som begynder med Bogstaver og ender med Bogstaver”, thi:

”Døde er nemlig alle *Bogstaver*, om de end skrives med
Englefingre og Stiernepenne og død er al muelig *Bogkundskab*,
som ikke sammensmeltes med et tilsvarende Liv hos Læseren”

(Gsv 2:86)

Den ”fortvivlede Dreng-videnskabelighed” må fjernes, som var det ”et Ukrud, et Sene-græs, der maa med Rod oprykkes”, hvis videnskaben skal være frugtbar og ”give en velsignet Höst” (Gsv2: 141).

Forud for bøger om livet må livet leves. Før kan det ikke forklares. Derfor kan man ikke blive klog på livet af at læse bøger. De kan blot være som ”gode Venner i Baghaanden” (Birkelund 1999:148). Forudsætningen for, at bøgerne fanger elevernes interesse og lyst til at fordybe sig, er erfaringer med livets alsidighed, så stoffet vækker genkendelse. Visionen er, at denne dannelse skal praktiseres i Grundtvigs alternativ til den sorte latinske skole, nemlig i ”Skolen for Livet”. Men først et par ord om folkeoplysning og folkedannelse.

6.3 Hensigtsmæssig dannelse

I Grundtvigs negativt ladede udsagn om ”Latineri og Terperi” ligger der også en præcisering af, at menneskelig dannelse hverken er betinget af klassiske dannelsesidealiser eller teoretisk udenadslære. Tværtimod. Danmark er dårligt tjent med studerende, ”der vil have Alting til at gaa op i Maal og Tal” (Gsv2:93), og med teoretisk lærdom let ville blive kloge på sig selv, men ”bestandig dummere paa det virkelige Menneske-Liv” (MH: 61). Det, der er vigtigt for

det fælles liv er, at *alle* danske folk er oplyste²¹. Således opponerer Grundtvig ikke alene mod indholdet i datidens dannelsesbegreb, men også mod dannelse som en elitær foreteelse, forbeholdt en social eller kulturel elite. Der er ”de samme Anlæg til Dannelse i Hytter som i Høielofte” (Gsv2:97).

Er lyset for de lærde blot, lyder spørgsmålet, idet der henvises til de mange og store ”Anstalter til at danne *Præster* og *Professorer*, medens vi slet *Ingen* har til at danne *Danske Borge-re*” (Gsv2: 92). Og hvorfor, spørger Grundtvig, skulle de, der ikke kan blive embedsmænd, ikke have lige så stort behov for oplysning og dannelse? Grundtvig foreslår derfor oprettelsen af et akademi for folkelig dannelse og praktisk duelighed, hvor ”... alle de af Statens Embeds-Mænd, som ei behøve Lærdom, men Liv, Blik og Praktisk Duelighed” skal have mulighed for ”en hensigtsmæssig Dannelse”. ”Her ville ogsaa Fædrelandets Literatur gjøre ... Gavn ... og Oplysningen ... frugtbar for Folket” (NM:409).

Overordnet er vejen til ”hensigtsmæssig Dannelse” således ikke via Via Appia²², hvis romerske tankegang og talebrug ligger fjernt fra den danske livsanskuelse og tager livsmod og selvtillid fra de studerende. Grundtvig tænker heller ikke på ”latterlig *Drenge-Videnskabelighed*” og latinsk terperi (Gsv:138), at ”læse til *Examen* og atter og atter til *Examen*” (Gsv2:119). Og han tænker ikke på tvang og Bogstabler så store som Babelstårne (MH). Disse skoler er ”selv for tilkommende Professorer uhensigtsmæssig og for practiske Embedsmænd en stor Ulykke” (Gsv2:101). Ja, de på universitetet ”bagvendt dannede Embedsmænd” gør faktisk mere skade end gavn (ibid. 102).

Nej, når Grundtvig taler om hensigtsmæssig dannelse tænker han på en dannelse og oplysning for livet, en ”*Følelse...*, der *bliver sig selv klar*” (ibid. 99). Han tænker på kunst. Han tænker på litteratur, på følelser, på fantasi, ja på det levende, talte ord i en ”venlig vekselvirkning” – dvs. samtale. Livs-oplysning er ganske enkelt en forudsætning for menneskelig

²¹ Dette skal ses i relation til ophævelsen af stavnsbåndet og indførelsen af de rådgivende stænderforsamlinger. Grundtvig argumenterede for, at en forudsætning for, at den nye institution skulle gavne fædrelandet, var en hensigtsmæssig ”oplysning” af forsamlingens medlemmer (DSDE).

²² via Appia er den antikke romerske vej, der udgår fra Rom. Påbegyndt i år 312 f. Kr. (DSDE). Grundtvig henviser til, at lærdom og dannelse ikke handler om latinsk grammatik og stileskrivning.

dannelse. Ideerne om den folkelige *højskole*, dette Pantheon²³ for ægte danskhed, ”Academiet i Soer”, blev dog aldrig virkeliggjort.

Det gjorde Grundtvigs tanker om en videnskabelig højskole heller ikke. Thi Grundtvig havde også en anden drøm. En drøm om etablering af et fælles nordisk *universitet* i Gøteborg til afløsning af det traditionsbestemte, klassiske universitet, hvis videnskab nedsættende karakteriseres som et ”Læs Kundskaber ... der lod sig allerbedst forplante ved Pennen”(Gsv2:135). Drømmen eller rettere Grundtvigs overbevisning er, at det vil have afgørende indflydelse på samfundets fremtid, hvis universitetet ændres fra ”Liighed med Fabriker” til en ”Planteskole for Videnskaberne” (Gsv1:148). I denne planteskole indgydes de studerende ”Kiærlighed til Videnskab og Konst” (ibid.:139). Og det var her, Grundtvig forestillede sig, at det egentlige videnskabelige liv kunne udfolde sig.

Som Akademiet i Soer må også Gøteborg-universitet ”betragte Alt fra *Livets Synspunct* og stræbe at sætte det i *Livets Tjeneste*” (Gsv2:158). Forskellen ligger i, at videnskaben har det ”Timelige” som genstand med oplysning som mål, mens højskolen har ”det Nærværende til Gienstand” (ibid.) med sigte på brugbarhed og virksomhed. Heller ikke drømmen om universitetet i Gøteborg blev ført ud i livet.

Derimod vinder Grundtvigs tanker om at ”reformere Skole-Graven til en Plante-Skole for Livet” (NM:410) gehør og realiseres i folkehøjskoler og friskoler. Det vil det følgende afsnit handle om.

6.4 Non scholae sed vitae discimus²⁴

I Grundtvigs pædagogiske program er samtale og vekselvirkning centrale tanker. Men han afstår eksplicit fra et teoretisk, pædagogisk skoleprogram (MH:XIII; 32). Det er heller ikke i et personligt kendskab til skolens praktiske arbejde, hans betydning skal findes. Alligevel kan Grundtvigs indflydelse som højskolebevægelsens største teologiske og filosofiske inspirator ikke undervurderes (Bugge1983:210).

²³ Pantheon var navnet på et tempel for alle guderne i Olympen

²⁴ Citatet er Senecas: Vi lærer ikke for skolens skyld, men for livets

Det er især i indledningen til Nordens Mythologi, man finder elementerne i det dannelsesideal, som bliver et bærende element. Ikke bare i højskolerne, men også i de grundtvigianske friskoler.

Skolen må tage livet, som det er, og ”gøre *Livets Tarv* til sit *Øiemed*, og ... kun stræbe at oplyse og fremme dets *Brugbarhed*” (Gsv2:91) siger Grundtvig og sammenligner ”Skolen for Livet” med et væksthus. Som væksthushusets lys og varme sørger for planternes vækst, sørger ”Skolen for Livet” for menneskets vækst (Birkelund 1999:143), dvs. udvikling af det menneskelige potentiale. Vi lærer ikke for skolens, men for livets skyld, som overskriften til dette afsnit lyder. Det vigtigste er ikke, hvordan skolen er indrettet, men hvad den udretter. Og *det* kan ikke aflæses i skemaer og timesedler, men viser sig, når det unge menneske kommer ud i livet. Der er derfor ingen grund til at spille tid på regler eller opstille planer og mål for undervisningen, som er ”Enhvers *egen Sag* og er sin *egen Belønning* og en *Dannelse* og *Oplysning for Livet*” (Gsv2:116). Hvilket er ensbetydende med, at man ikke på forhånd kan opstille mål for den enkelte elev. Ej heller er undervisning forbundet med eksamenstyranni.

Grundtvig sigter ingenlunde på kundskaber for nytteværdiens skyld. Tværtimod. Det unyttige er det nyttigste, når det gælder menneskelig oplysning og dannelse. Frihed og lyst er en afgørende forudsætning. Ligeså glæde og selvtillid. Det gælder også læreren. Det levner ikke plads til latinskolens autoritative lærer (Birkelund 1999). Derimod er forholdet mellem lærer og elev præget af ligeværd, som ekstensiverer frihed og vekselvirkning. En forudsætning for, at læreren i en levende samtale kan give eleverne de nødvendige kundskaber og den livserfarer, der er behov for (ibid.).

Det bedste udgangspunkt er de menneskelige erfaringer, der kan udtrækkes af historien. Utalige gange understreger Grundtvig, at ”Hvem der skal have godt af Lærdommen, maa først have levet enstund og givet Agt paa Livet baade hos sig selv og Andre” (Gsv2:147). Det drejer sig således ikke kun om ens egen erfaring og historie, men også om andres erfaringer med livet i en levende vekselvirkning (ibid.:143). ”... bliver man sig ei engang strax et Liv klart bevidst, som man dog selv deeltager i, da kan Man endnu mindre blive sig et Liv be-

vidst, Man hverken af egen eller Andres Erfaring Kiender” (ibid.). Først når elevens erfaringsverden smelter sammen med indholdet i undervisningen, får oplysningen værdi. Undervisningen må derfor være rettet mod det æstetiske, dvs. følelser og sanser. Og af den grund indtager fortællingen en stor plads, forklarer Grundtvig, idet sandheden i historier og myter dybest set er udtryk for ”Erkendelsens gradvise Afklaring” (Gsv1:24). Ved at lytte hertil virker det derfor også afklarende på de unge mennesker. Men det er lige så vigtigt, at de lytter til, hvad digterne har på hjerte – dvs. det poetiske billedsprog. Ordet har hjemme i munden og ikke i pennen, mener Grundtvig, thi ”Skrift er en *hemmelig* Tale og nærmer sig i det høieste til, hvad den ei kan naae: den aabenbare, mundtlige Tales Liv og Klarhed” (Gsv1:189).

Først når lærdommen ”indeslutter Dannelse og Duelighed i sig” og er forankret i følelserne, er der tale om ”Menneske-Forstand”. Uden denne forankring er det ”Drenge-Videnskabelighed” (NM:406). Det betyder ikke, at det faglige afvises. Men det betyder, at det videnskabelige ikke må overskygge det æstetiske.

Jeg indledte ganske vist dette afsnit med at citere Grundtvig for *ikke* at ville fremkomme med et decideret skoleprogram. Ikke desto mindre *har* Grundtvig et program²⁵. Et ”program”, som kommer til udtryk i en af Grundtvigs (1956:37) mest kendte højskolesange, anvendt ved indvielsen af Marielyst Højskole (Højskolesangbogen nr.163):

”Hvad Solen²⁶ er for det sorte Muld,
Er sand Oplysning for Muldets Frænde,”

Som solens livgivende stråler har betydning for jordens vækst, sådan er en ”åndelig og hjertelig” livsoplysning fundamental for menneskets personlige udvikling. Ikke en hvilken som helst oplysning, men den oplysning, som taler til følelserne og

”er mild og blid, saa den vort Hjerte maa vel behage”

²⁵ Grundtvig omtaler faktisk denne sang som et program (ML:32,33,37)

²⁶ Grundtvig citerer flere gange ”Hvad Solskin er for sorten Muld” som ”Hvad Solen er for Sorten Muld”

Overordnet gælder, at skal lærdom lykkes, må lysten drive værket (ML:15,22,41). Andet ”Program faar det læsende og tænkende Publikum ikke” (ML:33,37).

6.5 Diskussion af sygeplejerskeuddannelsen i lyset af Grundtvigs skoletanker

Enhver uddannelse gør noget ved de mennesker, den retter sig mod, skrev jeg i indledningen. Her anførte jeg også, at det er et menneskes følelsesliv, som danner klangbund for forståelsen og indlevelsen i ens medmenneske. Det gælder også for de sygeplejestuderende. Tillige har jeg med reference til Birkelund peget på, at omsorg har langt mere med dannelse end uddannelse at gøre. Som referenceramme fandt jeg det derfor relevant, at inddrage Grundtvigs livsoplysningstanker, da dannelse og uddannelse ifølge Grundtvig ikke kan tænkes adskilt.

Man kan måske sætte spørgsmålstejn ved betimeligheden i at inddrage tanker, der blev tænkt for to århundreder siden og sætte dem ind i en nutidig kontekst – i en diskussion af uddannelsen af sygeplejersker. Uagtet dette forhold har jeg fundet, at Grundtvig har nogle kardinalpunkter, som stadig er aktuelle i forhold hertil. Endvidere må jeg indrømme en vis affinitet for denne gamle tænker, som formentlig har rod i min opvækst og friskolebaggrund. Det er jo sådan, at vi som mennesker er formet af vores egen tid og baggrund. Derfor vil vi, som jeg også med Gadamer har gjort rede for i metodeafsnittet, altid møde en given tekst med vor for-forståelse. En forforståelse, som desuden er med til at præge de stillede spørgsmål og farve svarene.

Jeg har med andre ord forholdt mig til Grundtvigs tanker om livsoplysning med ikke blot en forhåndsviden, men er også motiveret med bestemte interesser og perspektiver (I: Gadamer 2004: xviii). Og det er med disse ”briller”, jeg i det følgende vil diskutere Grundtvigs livsoplysnings-tanker i forhold til tilrettelæggelsen af sygeplejerskeuddannelsens indhold og problemformuleringens spørgsmål.

Overordnet var Grundtvig uhyre kritisk over for datidens pædagogik, som han mente var forældet og dogmatisk. Det samme gjaldt videnskaben, som tillige blev kritiseret for kun at

være for de få. Grundtvig vil oplysning for *alle* folk, en folkeoplysning og folkedannelse til det fælles bedste. Denne grundlæggende værdi om det fælles bedste går som en rød tråd gennem alle Grundtvigs skrifter. Det illustreres bl.a. af, at Grundtvig stiller sig uforstående overfor erfaringen af, at embedsmændene (jvf. fodnote 1) ikke lærte noget om det samfund, de efterfølgende skulle virke i. Hvis embedsmændene, her sygeplejerskerne, mister kontakt med det virkelige liv, med praksis, influerer det negativt på dannelsen.

Og det er just det, man kan frygte er sket i sygeplejerskeuddannelsen. Som uddannelsen i de seneste 10-20 år har været ”skruet sammen”, er der sket en begrænsning i de studerendes kontakt med praksis, med patienterne. Eksplicit prioriteres den teoretiske undervisning højt. Ja, når sygeplejersker hele tiden skal forholde sig til ”ny teknologi, ny medicin og ny viden” er det ”logik”, at den sundhedsvidenskabeligt baserede undervisning skal fylde mere i uddannelsen, som Kruckow og Hansens argument lyder. Det kunne indikere, at teoretisk viden er tilstrækkelig. Det samme indikerer de refererede anbefalinger i rapporten ”National Strategi for Sygeplejeforskning 2005 -2010”. Bekendtgørelsen har ligeledes fokus på det teoretiske indhold.

Selvfølgelig skal sygeplejerskerne have en solid teoretisk viden. Det er jeg ikke uenig i. Men sygeplejersker uddannes til en praksis, hvori indgår medmenneskelige relationer. Det betyder, at sygeplejerskens kundskaber ikke intellektuelt skal overdrages til patienten som en faglig viden. Den skal derimod direkte anvendes som grundlag for relationen mellem sygeplejerske og patient. Er der i den sammenhæng ikke behov for andre erfarings- og vidensformer end den evidensbaserede, naturvidenskabelige? Med henvisning til min antagelse, at omsorg er sygeplejens kerne, hvor omsorg er forbundet med indlevelse og et følelsesmæssigt og medmenneskeligt engagement i patienten (jvf. 3.2.1) kan man spørge, om teoretisk viden om omsorg er tilstrækkeligt?

Hvis vi skal følge Grundtvig, må svaret være nej. Grundtvig skelner mellem videnskabelig lærdom, som tager sigte på menneskelivet i sin helhed og den folkelige dannelse, som er beregnet på livet her og nu. Ægte lærdom omfatter i Grundtvigs forståelse dannelsen, mens det modsatte ikke er tilfældet. Derfor frygter Grundtvig en udvikling, hvor menneskelig dannelse undertrykkes af abstrakt videnskabelighed. Viden, abstraheret fra livet, fra livsverden,

burde som ”et Ukrud, et Senegræs, ... med Rod oprykkes” (jvf.6.2). I overensstemmelse med Aristoteles pointerer Grundtvig, at teori ikke har nogen praksis, men bedrives for sin egen skyld. I menneskelige anliggender må livsoplysning prioriteres. Ikke forstået som oplysning *af*, men *i* det enkelte menneske. Som praktiske embedsmænd har de sygeplejestuderende behov for oplysning, der indeholder dueligthed og dannelse for livet. Hvis den medmenneskelige omsorg i sygeplejen skal fremmes, må lærdommen derfor rettes mod følelserne, det æstetiske, og ikke kun mod fornuften.

Grundtvig vender flere gange tilbage til, at ”al *levende* Forstand eller *Forstand* paa *Livet* er slet intet Andet end en *Følelse* hos os, der kommer for Lyset og *bliver sig selv klar*” (Gsv2:99). Først når undervisningen berører fænomener, som vækker genkendelse hos den studerende, når undervisningen kombineres med de studerendes erfaringer, finder den vekselvirkning og sammensmeltning sted, som Grundtvig lægger så stor vægt på. Og det gælder, hvad enten det er erfaringer fra eget liv, fra sygeplejens praksis eller, med reference til Grundtvig, som sekundærerfaringer formidlet i kunsten - hvilket jeg senere vender tilbage til.

De nævnte erfaringer kan den studerende ikke hente i en fortravlet sygeplejehverdag, som er præget af det økonomiske systems krav om effektivitet og produktivitet og af det politiske systems krav om standarder, dokumentation og kvalitetssikring med akkreditering som mål. Ej heller kan erfaringen tilvejebringes på teoretisk vis. Den tanke, som blev nævnt i indledningen angående teoretisk undervisning om omsorg som et kriterium for god sygepleje, giver således ikke mening, medmindre den studerendes personlige erfaringer inddrages. Tværtimod bliver erfaringsoverføringen med tiden afløst af kvalificering via teorier. Som Grundtvig peger på, er der fare for at kravene om videnskabelighed og eksaminer lægger en hindring i vejen for den menneskelige dannelse og dermed for omsorgen.

Uddannelsens tilrettelæggelse indikerer imidlertid en anden opfattelse og risikerer at give de studerende et indirekte indtryk af, at omsorg, indlevelse og medmenneskelighed er et epistemisk, videnskabeligt anliggende og ikke en phronétisk, moralsk omsorgshandling. Udtalel-

sen om ”en teoretisk værktøjskasse, der hverken kan hamre eller slå søm i” (jvf.2.3) er måske udtryk for, at den døde lærdom ikke er til hjælp i det konkrete møde.

Kan det mon tænkes, at det er det, vi ser afspejlet i patienternes oplevelser? Kan årsagen til, at patienterne føler sig svigtede og savner omsorg være, at sygeplejerskerne med Grundtvigs ord er uddannet med en oplysning henvendt til hovedet og ikke til hjertet? Når patienterne klager over manglende nærvær og indlevelse, er årsagen da travlhed eller manglende erfaring hos de professionelle? Eller kan det tænkes, at teorierne står i vejen for at forholde sig på en spontan, medmenneskelig og omsorgsfuld måde over for patienten? En problematik som også Rask Eriksen er inde på. I Grundtvigs tænkning er det en afgørende pointe, at teorier om livet ikke kan beskrives forud for erfaringer med livet. Heller ikke teorier om omsorg.

Viden om omsorgsteorier er ikke nok. Som vi også så det hos Aristoteles inspireres det partikulære af sansning, ikke af abstraktioner. Hvis den etiske viden derfor ikke er forankret i følelserne, er det ikke nemt at omsætte teorier til handling. Hvis omsorgen skal fremmes og sygeplejen opfylde sit ”sociale mandat”, er der behov for større opmærksomhed på dannelsen, den æstetiske dimension i uddannelsen. På livsoplysning, hvor det historisk-poetiske fører livsglæde, livsmod og livsduelighed med sig - til det fælles bedste.

7. Sammenfattende diskussion

Mit mål med specialet var at finde frem til mulige årsager til, at omsorg trods øget fokus på undervisning i *teorier* om omsorg synes at være tiltagende lavt prioriteret i daglig sygeplejepraksis. Ligeledes var det mit mål at undersøge muligheden for, at det dannelsesmæssige og dermed det æstetiske aspekt i sygeplejerskeuddannelsen kunne genbetænkes og måske være med til at danne grundlag for, at omsorg prioriteres langt højere og får bedre vilkår for at kunne komme til udtryk i praksis.

Med baggrund i Gadammers videnskabsteori, Martinsens tanker om sygepleje og de fremstillede teorier af Habermas, Aristoteles og Grundtvig vil jeg nu spørge, hvorledes det personlige og menneskelige bedst varetages i uddannelsen af sygeplejersker? Kan abstrakt, teoretisk undervisning i omsorgsteorier medvirke til udvikling af personlig og medmenneskelig kundskab, så sygeplejersken i praksis møder patienten med indlevelse, nærvær, omsorg? Kan teori på den måde foreskrive praksis? Eller er det i praksis den erfarne sygeplejerske der som rollemodel viser, hvordan den medmenneskelige omsorg varetages?

Jeg har i specialets indledning problematiseret uddannelsens entydige fokus på videnskabelig viden. Og undret mig over, at man i uddannelsens tilrettelæggelse finder det ”hensigtsmæssigt dannende” for de sygeplejestuderende, at også undervisning i sygeplejens kerne har afsæt i *teorier*, i omsorgsteorier. Jeg valgte i første omgang at perspektivere til de vidensformer, Aristoteles opererede med i ”livets skole”. Det førte videre til Grundtvigs ”Skolen for Livet.” Patientperspektivet blev belyst ud fra to metodisk forskellige undersøgelser. Ved at inddrage Habermas fik jeg perspektiveret de samfundsbestemte betingelser for sygeplejens vilkår og for uddannelsen til sygeplejerske.

7.1 Nutidens store tanke

Det er nutidens store tanke, at man gennem uddannelse er i stand til at skabe vækst og velfærd for samfundet. Det politiske og økonomiske system er uafhængigt af menneskelige relationer, som er anonyme og upersonlige. Mens viden tidligere havde værdi i sig selv, ses viden i et videnssamfund som middel til vækst. Jeg kan derfor frygte, at også sundhedsud-

dannelserne primært vurderes som økonomisk vækstfaktor. Og at det fortrænges, at uddannelse også er vejen til større menneskelighed. At dannelse er implicit i enhver uddannelse. Jeg kan yderligere frygte, at en konsekvens af de markedsøkonomiske interesser er en reduktionistisk, nytteetisk opfattelse af uddannelse som middel til sikring af, at sundhedssystemet kan klare sig i en stigende international konkurrence.

Når Dansk Sygeplejeråd i ”National strategi for sygeplejeforskning” fx anbefaler, at forskningen i sygepleje skal være anvendelsesorienteret med henblik på at udvikle sin position, i bl.a. Kvalitetsreformen, er det værd at bemærke, at anvendelsesorienteret forskning har udgangspunkt i *sundhedsvæsenets*, i systemets behov for ydelse af sygepleje. Til udvikling af sygeplejefaget nævnes ikke andre erfarings- og vidensformer end den forskningsbaserede. Specifikt peges på overordnede forskningsområder som genetisk forskning, klinisk interventionsforskning, neuroforskning og forebyggelsesforskning (ibid.). Dvs. forskning, der henviser til traditionelle forskningsområder inden for det medicinske felt. Kirkevold har indgående beskæftiget sig med sygeplejevidenskab og mener ikke, at sygepleje kan forstås som anvendt videnskab idet ”Sygepleje er for mig i sin egenart en praksis ... en sammenhængende og kompleks, socialt etableret menneskelig aktivitet med et bestemt socialt mandat og med traditioner” (Kirkevold 2003:9).

Historisk betinget møder det modstand fra det medicinske felt, at sygeplejerskerne vil teoretisere. Det kan forklares med henvisning til den franske filosof og sociolog Pierre Bourdieus kapitalbegreber. De handler om, at en profession med høj symbolsk kapital (uddannelse), som fx læger ikke uden videre accepterer, at en profession med lavere kapital, in casu sygeplejersker, ændrer praksis. I kampen om feltets positioner ønskes sygepleje fastholdt som praksisdisciplin (Ravn 2007). Det afspejles i den gentagne miskreditering og devaluering af de nyuddannede sygeplejersker, som ikke ”behersker håndværket og lever op til forventningerne ude i virkeligheden” (jvf. 2.3).

Man kan derfor få den tanke, at sygeplejefaget, som historisk har været underlagt det medicinske paradigme, gennem henvisning til et anerkendt vidensdomæne forsøger at legitimerer sig i bestræbelserne på at opnå anerkendelse som videnskabelig, akademisk disciplin. Wack-

erhausen peger netop på, at ændring af et fagligt perspektiv handler om evnen til at beherske en anerkendt og statusgivende vidensdiskurs (2002).

Hvis det er tilfældet, kan diskursen om sygepleje som videnskab opfattes som overvejende fagpolitisk. En diskussion, hvor faget tilsyneladende får større opmærksomhed end sagen – omsorgen for patienten. Med Hans Finks ord, at ”det bliver svært ... at se sagen for bare fag” (1999:220).

I de nævnte forskningsområder taler man ikke så meget om ”sagen”, om hvilken kundskab der er brug for, hvis hr. Lazarescu eller en hvilken som helst patient skal mødes med respekt, forståelse, indlevelse, nærvær – med omsorg. Derimod er der fokus på evidens, dokumentation og kvalitetssikring. Og på akkreditering.

Men bag akkreditering, og knap så gennemsigtigt, ligger strategiske og rationelle politiske bestræbelser på ressourcestyring og effektivisering af arbejdsgange (Mainz 2003). Akkrediteringens vigtigste værktøj er standarder som foreskrivende for praksis. Når der skal rubriceres og skematiseres, og når indsamlede ”data” skal objektiviseres og gøres til genstand for kontrol af produktion, effektivitet og kvalitet, er det udtryk for systemets formålsbestemte handlingsorienteringer. Her har faktakundskaber nytteværdi. Det samme er hverken tilfældet for den gensidigt forstående, erfaringsbaserede viden eller den sanselige, æstetiske kundskab. Disse refleksioner giver mig anledning til at overveje, om vægtningen af det rationelle, teknologiske indhold i uddannelsen ikke kun er en fagpolitisk, men også en indirekte politisk prioritering? Et udtryk for systemets kolonisering af livsverden. Set i den vinkel mener jeg, at faktakundskaber kan anskues som akkrediteringens forudsætning – og således også som et politisk styringsværktøj af uddannelsen. Uddannelse som middel til ønsket om at være i verdensklasse.

Når systemet gør sin indflydelse gældende i den subjektive verdens mellem menneskelige relationer, støder det sammen med livsverden. Jeg kan derfor frygte, at sygeplejefaget i et moderne og teknisk effektivt sundhedsvæsen med fokus på produktion, dokumentation, konkurrence, frit valg, akkreditering og kvalitetssikring presses til uanstændig fravælgelse af det

medmenneskelige aspekt, den medmenneskelige forståelse – på omsorgen for det syge menneske.

Kruckow og Hansen betoner betydningen af, at sygeplejerskerne qua deres uddannelse har et solidt teoretisk fundament. Hvilket selvfølgelig skal tages alvorligt. Det er indlysende, at der er behov for stor teoretisk viden og faglig indsigt. Men i en profession, hvor man har med mennesker at gøre, mener jeg ikke, at det faglige kan adskilles fra det medmenneskelige og personlige. Med henvisning til Martinsens metaforiske begreber er ”det seende øje” ikke nok. Sygeplejersken må *også* gøre brug af ”hjertets øje”.

Jeg har videre med Donabedian påpeget, at kvalitet fra patientens perspektiv indbefatter mere end den teknologiske og faglige dimension. Den relationelle, patientoplevede dimension har lige så stor betydning. M. Kemps pointering af, at der bag ”mine kræftceller” er et menneske, indikerer, at det tilsyneladende bliver overset, at det der for de professionelle kan være en rutinesag, for det enkelte menneske er noget enestående, noget livstruende, noget der skaber uligevægt i dette menneskes hele tilværelse. I den situation mener jeg, sygeplejersken har en moralsk opgave i at stille sig til rådighed for patienten i den svære proces at skulle forholde sig til sine ændrede livsbetingelser og hjælpe patienten med at *r*etablere ligevægten i tilværelsen.

I sin bog ”The enigma of health” taler Gadamer netop om sygdom som en form for uligevægt, mens sundhed defineres som ligevægt - ”a state of equilibrium” (1996:113). Sygdom er et angreb på alle ens forhold. Den skaber uligevægt i kroppen og forstyrrer menneskets livssammenhæng. Med reference til Platon som i dialogen Phaidros erklærer, at ”Legemet kan ikke helbredes uden også at helbrede sjælen, ja, den hele væren” (ibid.:73), retter Gadamer en kritik mod det moderne samfund, som ensidigt fokuserer på kroppen.

Jeg finder det derfor ganske påfaldende, at der fra politisk side så ensidigt er tillid til LUP, hvis kvantitative data *ikke* kan give indblik i de oplevelser, patienterne har i mødet med det danske sundhedsvæsen. I mellemmenneskelige relationer er kvalitet *ikke* ensbetydende med at behandle alle på samme måde eller handle ens i alle situationer. Relationer er *ikke* ydelser,

som kan ensrettes på linje med produktionsvirksomheder, hvis produkter kan standardiseres og evalueres gennem netbaserede og digitale løsninger. Tværtimod er der tale om et ”produkt” af en så mangedimensionel karakter, at det må og skal tilpasses den konkrete situation.

Det er derfor også problematisk, at politikerne tolker resultaterne fra LUP som om ”langt størsteparten” er tilfredse. Denne konklusion er fremkommet ved, at politikerne har adderet tallene fra både den gruppe, der har svaret ”i høj grad” og den patientgruppe, der har svaret ”i nogen grad”. Det sidste svaralternativ er unuanceret, idet disse svar lige så vel kunne aderes til den gruppe, der har svaret ”i mindre grad”. Som beskrevet i afsnit 2.5 kan den samme undersøgelse udlægges forskelligt alt afhængig af, hvorvidt ”i nogen grad” udlægges som værende enten et positivt eller et negativt svar. Jeg mener ikke, at resultatet kan siges at være udtryk for et sundhedsvæsen, der gerne vil være i verdensklasse. Det bør give stof til eftertanke, at godt en tredjedel, 35,7 %, af patienterne ikke ”i høj grad” følte, at plejepersonalet var lydhør over for deres behov.

Jeg mener i øvrigt, at der kan rejses berettiget kritik af flere forhold i relation til spørgsmål og svaralternativer. Hvad forstår respondenterne ved ”lydhør” hhv. ”behov”? Burde svaralternativerne som følge af disse uklarheder ikke rumme mulighed for at svare ”Ved ikke”? Og burde patienterne ikke have mulighed for at afgive et neutralt svar af ”Hverken/eller”-typen?

I den kvalitative undersøgelse ”Kræftpatientens verden” er ordet overladt til dem, det hele drejer sig om - patienterne. Mens patienterne generelt er tilfredse med den sundhedsfaglige behandling, vurderer et stort antal, at den menneskelige omsorg på sygehusene ikke er optimal. På trods af den teoretiske bagage og en udtalt bevidsthed om sit syn på medmennesket kan det for mange sygeplejersker falde svært at forholde sig til den konkrete patient. I konfrontationen med det enkelte menneskes sygdom og lidelse kommer flere tilsyneladende til kort ved ikke at kunne håndtere den konkrete situation i praksis. Når patienterne eksplicit savner empati og medmenneskelighed, nogle at tale med, nærvær, tid, åbenhed, omsorg og mindre mekanik, ja, at 43 % af de adspurgte ligefrem heller ikke har opfattelsen af, at det egentlig interesserede dem (sygeplejerskerne), efterlader det ikke et indtryk af et sundheds-

system på vej i verdensklasse. Ej heller et indtryk af, at sygeplejerskerne opfylder deres sociale mandat. Det understreges så beklageligt af den refererede undersøgelse, hvor Holm-Petersen fandt, at sygeplejerskerne har mere travlt med lægerelateret arbejde og det Martinsen benævner en positivistisk dataregistrering, end med at yde omsorg til patienterne (jvf.2.3). Det tyder på en tilsidesættelse af det faglige skøn med det resultat, at mange patienter oplever et unødigt problematisk forløb. Jeg mener derfor ikke, at teoretisk indsigt *alene* er grundlag for en kvalificeret praktisk sygepleje.

7.2 Aristoteles' store tanke

Det var Aristoteles store tanke, at det gode er det, hvorimod alting retter sig. Både mængden og de dannede stræber efter det gode liv, efter lykken, som er knyttet til konkrete menneskelige handlinger. Til det partikulære. At handle godt er således en personlig etisk egenskab, som vi dannes til i praksis. Phrónesis er derfor ikke epistemisk viden, men den særlige form for viden, man opnår i den sociale omgang med andre mennesker og som derfor kræver engagement i og forståelse for ens medmennesker. En erfaringsbaseret, sanselig kundskab, som er i stand til at styre både følelser og handlinger og kræver tid og gentagelser. Epistemisk viden, den videnskabelige abstrakte kundskab, er derimod løsrevet fra det enkelte menneske og den givne kontekst. Det drejer sig om det generelle, om det, der ikke kan være anderledes. Eftersom den rette handling ikke er forbundet med teoretisk erkendelse, men med livs-klogskab, dvs. phrónesis, forekommer det, som Aristoteles siger, derfor bagvendt at give forelæsninger i etik. Hvad angår sygeplejerskeuddannelsen vækker det eftertanke. Phrónesis handler om det konkrete, om det, der kan forholde sig anderledes. Omsorg skal således rumme det specifikke i den enkelte situation. Men for det første er uddannelsen i dag et overvejende teoretisk studium, hvor de studerende kun gives begrænsede muligheder for at opnå sådanne erfaringer i klinisk praksis. For det andet må det ikke glemmes, at det for de unge studerende er vanskeligt at få fodfæste i en fortravlet sygeplejehverdag, sådan som Kongsgart eksempelvis har skildret den. En hverdag præget af det *økonomiske* systems krav om effektivitet og produktion og af det *politiske* systems krav om at arbejde ud fra evidensbaserede standarder og retningslinier. Endelig er det også et spørgsmål, om praktikperioder-

ne, som er planlagt ud fra et konventionelt læringssyn, et skolastisk paradigme, overhovedet er i stand til at bibringe de studerende denne erfaring.

Fra såvel uddannelsespolitisk som fagpolitisk side lægges vægt på, at undervisningen er videnskabelig og forskningsbaseret. Desuden blev der med Bekendtgørelsen 2006 gjort indgreb i de fagområder, der har fokus på patientens livsverden til fordel for de *sundhedsvidenskabelige* fag. Den bagvedliggende logik antyder, i modsætning til Aristoteles' og Grundtvigs tanker, at videnskabelig teori kan omsættes til udøvelse af sygepleje i praksis. Det er påfaldende, at de sygeplejestuderende skal have videnskabelig viden om sygdommes ætiologi, men derimod ikke skal fordybe sig på de områder, som befordrer personlig dannelse og udvikling. Aristoteles betoner, at abstrakt viden kan gøre de unge mennesker vise, men ikke livskloge. I overensstemmelse hermed er det min overbevisning, at der i en uddannelse hvis kerne er omsorg for det syge og sårbare menneske, er brug for sygeplejersker som er kloge på livet. Det er forudsætningen for den indlevelse og forståelse, som er nødvendig i kontakten med mennesker i sårbare, følsomme og vanskelige eksistentielle situationer. Jeg deler derfor ikke DSR's positive indstilling til, at der skæres ned på de fagområder, der har fokus på patientens livsverden.

Det ideelle ville være en større bevidsthed om Aristoteles modstilling mellem viden som praksisbaseret kundskab og viden som intellektuel disciplin. Kunsten består i at trække på begge dyder. Ikke som nu, hvor fokus reelt opleves at være på viden som intellektuel disciplin.

Når Aristoteles fx omtaler den unge og uerfarne, der er i stand til at lære sig matematikkens og logikkens love, men endnu ikke har kløgt til at vide, hvordan denne omsættes i konkret praksis, mener jeg det kan sidestilles med den sygeplejestuderende, eller den nyuddannede sygeplejerske, som til trods for faglært kundskab, stor teoretisk viden og en bevidst holdning i praksis har svært ved at håndtere det konkrete møde med patienten. Det er godt at have viden, som Peter Kemp siger, men "hvis man ikke er i stand til at have en menneskelig interesse for den patient, man står overfor, er den ikke megen nytte til" (1998).

Det kan ikke altid undskyldes med manglende tid: ”Man kan godt have travlt på en menneskelig måde” (Ravn 2006). Men det kan måske om ikke undskyldes, så dog begrundes i, at den studerende ikke får udviklet sin professionalitet i kontakten med livets skole. Og dette leder tankerne frem til en tredje skole. Den skole, som Grundtvig kalder ”Skolen for Livet”.

7.3 Oplysningstidens store tanke

Det var oplysningstidens store tanke, at man gennem oplysning kunne skabe en mere menneskelig verden. Også Grundtvig troede på oplysning som vej til et mere medmenneskeligt samfund. Men at videnskabelighed i sig selv skulle kunne medføre fremgang og menneskelig lykke, var en utopisk tanke. Hos mennesket går livet altid forud for lyset, erklærer Grundtvig, som knytter erkendelsen sammen med følelserne og hermed distancerer sig til oplysningstidens kantianske fornuftsdyrkelse og til datidens skoleform. Thi ”Al *levende* Forstand eller *Forstand* paa *Livet* er slet intet andet end en *Følelse* hos os, der kommer for Lyset og *bliver* sig selv *klar*”. Målet for skolen er således ikke oplysning for oplysningens skyld. Dvs. et spørgsmål om abstraktioner, udenadslære og dokumentation af indlærte teorier ved eksamensbordet. Nej, undervisning er for livets skyld, til det fælles bedste. Og hvis den medmenneskelige dimension skal fremmes, må undervisningen tale til hjertet og ikke til forstanden.

Gang på gang pointerer Grundtvig divergensen mellem de to oplysningsformer. Skolen for livet vs. skolen for døden, livsoplysning vs. papirsoplysning, følelse vs. fornuft etc. Ikke forstået på den måde, at den ene oplysning udelukker den anden. Men først i det øjeblik, hvor det dannelsesmæssige aspekt ligger implicit i det faglige, kan det betegnes som ægte lærdom og føre til livsduelighed. Grundtvig er således overbevist om, at en undervisning med fokus på det medmenneskelige indirekte vil udvikle det fagmæssige, det professionelle. Derimod er der grænser for, hvad videnskab kan udrette for den studerendes personlige udvikling, som skal tilgodeses, hvis undervisningen skal lykkes med ”livets tarv for øje”. Og dannelse, læring og kundskab tager netop afsæt i det subjektive og personlige. Hvis denne forankring ikke findes, fordi det er bogkundskab, den objektive sundhedsvidenskabelige viden, som til stadighed prioriteres og testes i uddannelsen, bliver kundskaben upersonlig og

læringen overfladisk. Grundtvig kalder det drengvidenskabelighed. En ydre, upersonlig viden, som er nyttig, når det handler om mål og tal, når der skal rubriceres og kategoriseres, når der skal forskes med naturvidenskabens metoder som eksempelvis i de af DSR anbefalede forskningsområder. Men uden værdi, når det drejer sig om mellemmenneskelige relationer, om livsoplysning i betydningen dannelse.

At besidde dannelse²⁷ er *at være* og ikke *at have*²⁸. Som beskrevet hos både Aristoteles, Grundtvig og Gadamer er dannelse betinget af erfaringer med livet. Dannelse kan derfor ikke tilrettelægges som et konkret fag i sygeplejerskeuddannelsens teoretiske del, men påvirker i følge Grundtvig indirekte alle fag. Dannelse er derfor ikke et spørgsmål om viden, men et spørgsmål om, hvordan man omgås den viden, man i en kontinuerlig proces erhverver sig i livet som noget personligt. Noget udeleligt. Til gengæld giver bevidstheden om, hvem man er og det at være, i sig selv det bedste afsæt for at kunne være noget for sit medmenneske, sin næste. Dannelse kan bruges til alt og til intet. Til intet i betydningen noget forud defineret, et bestemt mål. Omvendt til alt, i alle sammenhænge, eftersom intet af det vi gør eller siger er uafhængig af den baggrund, vi har med os. Vores livsverden.

Nutidens videnskabeliggjorte verden synes at ignorere den æstetiske dimension som vej til menneskelig erkendelse. I den grundtvigske tankegang er det derimod et kardinalpunkt, at det sanseligt stemte, det poetiske indtryk, er med til at udvikle det menneskelige potentiale i forhold til erkendelse og medmenneskelighed. Når fænomener, der på godt og ondt hører livet til med ”vingede” ord tages op til drøftelse i en fri, ligeværdig og levende samtale, kan der med inddragelse af eksempler ske en sammensmeltning med den studerendes kundskaber og erfaringer fra praksis. Det poetiske kan på den måde bygge bro mellem teori og praksis. I Grundtvigs optik er sand oplysning således ikke teoretisk viden, men som hos Aristoteles erfaringer med livet. Da de unge menneskers erfaring ikke er tilstrækkelig til at vinde indsigt, er det vigtigt at inddrage andres erfaringer. Men også sekundærerfaringer formidlet i

²⁷ Det græske ord for dannelse [paideia], omfatter personlig dannelse og kultur og oversættes på latin til humanitas – det, der vedrører mennesket, som fx sprog, kultur, filosofi, kunst og litteratur (humaniora). Dannelse er med andre ord opdragelse til det, der vedrører mennesker (Thodberg C. 2004)

²⁸ jvf.3.2.1, hvor Gadamer pointerer, at dannelse ikke kan være et mål i sig selv, den kan ikke villes som sådan, undtagen i en pædagogisk refleksion og tematik

kunsten, især i litteraturen, kan bidrage med et nuanceret billede af livets fænomener som sygdom, lidelse og død og dermed bibringe den studerende en forståelse for patienten. Ved at læse om enkeltpersoners skæbner i poesi og klassisk litteratur kan vi genfinde den livets kompleksitet, som evnen til at kunne foretage kløgtige bedømmelser tager afsæt i. Når Grundtvig taler om en *hensigtsmæssig* dannelse og refererer til ”en *Følelse ... der bliver sig selv klar*” og i den forbindelse peger på det ”historisk- poetiske”, er det netop med tanke på kunsten og de fænomener, der poetisk kommer til udtryk her som dannende for livet.

Ved fx at lytte til sandheden i historie og myter kan der fremkaldes en følelse i den studerendes indre med en afsmittende virkning på erkendelsen. Forudsat undervisningen berører fænomener, som vækker genkendelse hos den studerende, finder den vekselvirkning og sammensmeltning sted, som Grundtvig lægger så stor vægt på. Det er altså ikke tilstrækkeligt at have et teoretisk klart billede af, hvad et møde mellem mennesker kan indeholde, som fx mødet mellem patient og sygeplejerske. Først i det øjeblik erkendelsen fører til ”livsduelighed”²⁹ og kommer til udtryk i handlingslivet³⁰, er der tale om ægte erkendelse.

Det historisk-poetiske er med andre ord den livskraft, der gennem det levende ord forplanter sig i historien og i menneskelivet. Forstået således er kunst en kilde til erkendelsens gradvise afklaring for det unge menneske (Birkelund 1999).

²⁹ Livsduelighed kan paralleliseres til Gadammers begreb applikation

³⁰ Ikke at forstå som handlingsanvisninger

8. Konklusion

Jeg indledte specialet med en anmeldelse af Christi Puiu's film "Hr. Lazarescus sidste rejse". Filmens centrale tematik er næstekærlighed. Eller rettere manglen på samme over for et mindrebemidlet "dårligt liv", som hverken har familie, venner eller et handledygtigt sygehussystem til at gribe ind. Lazarescu reddes ikke. Genopstår ikke som en anden Lazarus. De professionelle er slaver af deres specialistviden og forholder sig primært til medmennesket som en sygdom via abstrakte data som laboratoriesvar og scanningsresultater.

Formålet med denne introduktion til specialet var at skildre, hvorledes kunst, som fx film, kan give de sygeplejestuderende mulighed for at reflektere over temaer med relation til deres praksis. Kun få af de studerende har personlig erfaring med alvorlig sygdom og død. Desto vigtigere bliver det at vove at lade sig følelsesmæssigt berøre. Litteratur og andre kunstneriske frembringelser tilbyder indblik i andres tilværelsesvilkår og giver adgang til sanseoplevelser, som kan virke befordrende for den studerendes erkendelse. At erkende sin egen sårbarhed er en personlig udfordring, som kan hjælpe til forståelsen for og indlevelsen i ens medmenneske.

I indledningen problematiserede jeg sygeplejerskeuddannelsens kundskabsgrundlag for sygeplejerskens moralske erkendelse og indsigt i praksis. Om det dannelsesmæssige og dermed det æstetiske har en funktion i forhold hertil. Mine bevæggrunde for at undersøge disse spørgsmål udsprang af flere faktorer, som jeg efterfølgende belyste i problembeskrivelsen. For det første blev de samfundsmæssige vilkårs indflydelse på udøvelse af sygepleje problematiseret. For det andet blev der sat spørgsmålstejn ved det forhold, at uddannelsen i sin stræben efter akademisk status prioriterer teoretisk, videnskabeligt indhold i uddannelsen. Endelig gav undren over divergerende resultater af forskellige patienttilfredshedsundersøgelser anledning til at sætte patientperspektivet under lup ud fra henholdsvis en kvantitativ og en kvalitativ undersøgelse. Disse overvejelser førte til specialets undersøgelsesspørgsmål. Det var mit ønske at dokumentere et behov for, at det dannelsesmæssige aspekt kunne genbetænkes, så sygeplejerskeuddannelsen i ønsket om videnskabelig anerkendelse ikke drukner

i denne videnskabelighed og dermed mister grebet om sygeplejens kerne: omsorgen for det syge medmenneske.

Med inddragelsen af tanker fra Aristoteles og Grundtvig mener jeg at have fundet belæg for værdien af at inddrage det dannelsesmæssige aspekt i sygeplejeuddannelsen. Ved at sætte patienternes oplevelser i perspektiv ud fra to omfattende undersøgelser har jeg dokumenteret, at patienter ikke er entydigt tilfredse med deres erfaringer i sygehusvæsenet. Ved at sammenholde data fra disse patientundersøgelser fandt jeg, at omsorg i foruroligende grad var vanskelig at finde for patienterne, når de som alvorligt syge og måske døende på danske sygehuse møder de professionelle. Jeg har ønsket at finde mulige årsager til, at det forholder sig således, og har ved hjælp af bl.a. Habermas' begreber om system og livsverden belyst flere forklaringer herpå. Fagpolitiske, uddannelsespolitiske og politiske.

Verden bliver så enkel, når man har indstillet kikkerten på kun at se det, der kan registreres, måles og vejes. Det bliver så enkelt at foretage en undersøgelse som fx LUP³¹, fordi resultatet altid ender med nogle tal, der efter et bestemt regelsæt har signifikans eller non-signifikans. Der er oven i købet ikke behov for en vurdering af resultaterne, for det er der helt klare regler for. På den måde levnes der ikke mulighed for overvejelser om, hvilke tiltag der i øvrigt kunne gavne og glæde det enkelte menneske, som ramt af sygdom eller lidelse får brug for sundhedsprofessionel hjælp. Jeg finder det kritisabelt og betænkeligt, at behovet for at inddrage og anvende kvalitative data negligeres og mener, at politikerne hermed skyder sig selv i foden. Min holdning er, at det er utopi at forestille sig et fremtidigt sundhedssystem i verdensklasse uden inddragelse af patientperspektivet.

Når sundhedsvæsenets kvalitet primært beskrives ud fra organisatorisk-teknologiske og faglige parametre, fortrænges den relationelle dimension. De anvendte metoder er akkrediteringens værktøjer, de målbare og evidensbaserede. Sygepleje er imidlertid en moralsk praksis. Det er derfor problematisk, hvis sygeplejersker indirekte tvinges til at forholde sig til patientoplevelser

³¹ Patienttilfredshedsundersøgelserne har ganske vist nu har ændret navn til det mere kvalitativt lydende "patientoplevelser"

ten som en sygdom, et CPR-nummer frem for at se patienten som sit medmenneske. Tanken om en checkliste for bløde værdier, som kan benyttes som redskab til måling og dokumentation, er ligeledes problematisk. Efter min vurdering kan omsorg ikke vinges af med et kryds i en forud defineret standard. I det øjeblik omsorg gøres til et mål i sig selv, til en opgave, kan jeg frygte et instrumentalistisk islæt. Af den norske filosof Skjervheim betegnet som det ”instrumentalistiske mistaget” (Martinsen 2005: 55) Omsorg er en værdi, som vi i mere eller mindre grad kan erfare. Og ikke en pragmatisk standardydelse, som kan konverteres til målbare data. Alligevel forsøger man fra systemets side at se *bagom* fænomenet. At finde bagvedliggende indsigter og forklaringer i et forsøg på at reducere omsorg til målelige funktioner, der kan kontrolleres og standardiseres.

Den kommende Kvalitetsreform, der lanceres som en fremtidssikring af kvaliteten i velfærdsstaten, lægger netop op til at bruge ressourcer på tekniske og administrative tiltag. Uden tanke for at systemets integrering i de mellem menneskelige relationer har uønskede bivirkninger. Bureaukratisering og standardisering af ”relationsarbejde” kan skabe ansvarsforflygtigelse og distance til de mennesker, det drejer sig om. Bestræbelserne på at synliggøre og motivere til øget kvalitet kan skævvride de professionelles opmærksomhed fra det svært til det let målelige, som antal operationer, sengedage osv. Ja, jeg kan ligefrem frygte, at det bliver det målelige, der er succeskriteriet. Det bliver så på bekostning af det umålelige, forholdet mellem fx patienten og sygeplejersken og den omsorg patienten behøver. Jeg mener imidlertid ikke, at kvalitet sikres ved politisk detailstyring. Det binder blot ressourcer til dokumentation og kontrol.

Jeg er derfor ikke enig med daværende inden- og sundhedsminister Løkke Rasmussen, som i Politiken slog til lyd for, at ”Tillid er godt, kontrol er bedre”(2007). Jeg er derimod af den opfattelse, at de ansatte undergraves fagligt og personligt, når en tillidsbaseret relation som fx omsorg forvandles til en markedsbaseret ydelse. Kontrol, manglende tillid og kritik er, med reference til Grundtvig, udtryk for en uhensigtsmæssig dannelse, som ”tager livsmod og selvtillid” fra de professionelle (jvf.6.3). Hensynet til effektivitet og produktion kan således virke blokerende for sygeplejerskers udøvelse af en medmenneskeligt funderet omsorgsprak-

sis. Det er for mig at se en af de værste miserer i det danske sundhedsvæsen, at den uproduktive tid, fx omsorgen, eller samtalen om det videnskabeligt ligegyldige, ikke regnes for noget. Dokumentation og målopfyldelse fortrænger dannelsesaspektet og dermed omsorgen. Man kan være i besiddelse af nok så megen viden, være nok så meget specialist, føre nok så meget kontrol. Hvis ambitionen om et sundhedsvæsen i verdensklasse ikke skal lide skibbrud, skal det erkendes, at der er brug for mere end videnskabelig, teknologisk og praktisk kundskab.

Min diskussion af Aristoteles' og Grundtvigs tanker viste, at teoretisk eller praktisk viden i sig selv ikke er sufficient til sikring af en omsorgsfuld sygepleje. Det samme gælder den viden, der hentes fra forskning. Det er ikke ensbetydende med at afskrive teoretisk viden. Selvfølgelig drager sygeplejersken nytte af relevant teoretisk viden. Det optimale ville være, at den enkelte sygeplejerske umiddelbart og kløgtigt erkender, *hvilken* form for viden, der i den konkrete situation vil være den rette at anvende. Hvis sygeplejefaget derimod ukritisk prioriterer forskningsbaseret viden, er der risiko for, at al anden viden gøres underordnet. Visdom er utænkkelig uden viden, eftersom det er evnen til at kunne sætte sin viden i perspektiv. Problemet er blot, at man godt kan være i besiddelse af viden uden at være vis. Og set i det perspektiv kan akademiseringen af sygeplejerskeuddannelsen udgøre en risiko for, at den videnskabelige, epistemiske faktakundskab kommer til at fortrænge sygeplejens andre vidensformer. Og hermed også omsorgen.

Omsorg handler om svaret på andre menneskers sårbarhed og kan betragtes som et grundvilkår for menneskelivet. Med afsæt i vor menneskelige og kristne kulturarv kunne man også betegne værdien som "næstekærlighed". Som værdi begynder og ender omsorg hos den enkelte og udvikles i det daglige og gennem hele livet. På den måde hænger omsorg også sammen med både følelsesmæssige og erkendelsesmæssige forhold – både i og udenfor uddannelsessystemet. Fx gennem den almindelige og faglige undervisning.

Det faglige kan ikke adskilles fra det personlige i en moralsk praksis som sygepleje. Hvis sygepleje skal hæve sig fra det videnskabelige og tekniske niveau til at være sygepleje udført med menneskelig omsorg, er den etiske dimension en afgørende forudsætning.

En sådan evne er det faglige skøn, som Martinsen relaterer til phrónetisk kundskab. Phrónesis insisterer på en individuel opfattelse af situationen og rummer som sådan en personlig, etisk stillingtagen til, hvad der i den konkrete situation er det rette at gøre. Derfor må phrónesis anerkendes og tilgodeses som et selvstændigt suverænt vidensområde. Vel at mærke ikke ved at reducere phrónetisk kundskab til epistemisk teori om praksis. Phrónesis er lige så lidt som omsorg en abstrakt og objektiv kundskab, som erhverves på skolebænken. Det faglige skøns centrale og afgørende pointe er, at den objektive viden i modsætning til gængs tradition er underordnet den subjektive og dermed den sanselige kundskab. Skønnet vil simpelthen blive ødelagt, hvis det fastlægges i begreber, regler og principper. Omsorg for patienten er knyttet til den konkrete relation. Det er her, sygeplejersken med nærvær, engagement og indlevelse erhverver indsigt. Og ikke fjernt fra sygesengen med en teoretisk tilegnet viden, som i den konkrete situation er en dårlig ledetråd for sygeplejersken.

Det kan betvivles, at den dannelsesmæssige dimension og dermed evnen til at udøve omsorg udvikles i livets skole, som bl.a. Martinsen argumenterer for (jvf.2.3). Men livets skole er i Aristoteles' tænkning ikke det, vi forstår ved praksis, men derimod filosofernes "vita contemplativa". Praksis og praxis er altså ikke det samme (jvf.5.5). Og i den sygeplejestuderendes daglige praksis er der hverken skyggefulde søjlegange, ro eller plads til det filosofiske, kontemplative liv. Det kan derfor være nødvendigt at trække sig tilbage fra livets skole til skolen for livet.

Skolen for Livet er med sin afstand til praksis et æstetisk frirum. Jeg er enig med Grundtvig i, at dannelsen kan henføres til denne "planteskole", hvor de studerende indgydes "Kiærlighed til Konst". Kunsten, især den historisk forankrede klassiske litteratur, som også Gadamer henviser til, kan med sine levende ord skildre erfaringer om fænomener som tvivl, frygt, liv og død, mismod og dermed berøre de studerendes hjerter. Vække genkendelse og associationer til egne erfaringer fra livet og erfaringer fra sygeplejens praksis samt befordre evnen til indlevelse og omsorg. Æstetikken kan derfor yde et væsentligt bidrag ved at spejle den studerendes forhold til livet i al dets mangfoldighed og være med til at sikre, at der står et varmt menneske bag patientens møde med sygeplejersken. Alvoren bag patientens kontakt med

sygeplejersken kan nok så megen teoretisk viden ikke alene afhjælpe. Ingen videnskab kan være foreskrivende for en anden, så vi hos Aristoteles. Omsorgen som sygeplejens kerneværdi kan ikke udelukkende læres ad teoretisk vej. Ligesom viden om omsorgsteorier ikke i sig selv kan bevirke hverken større og bedre nærvær eller mere indlevelse.

Det er derfor min vurdering, at evnen til at yde omsorg kan udvikles i et samspil mellem den sygeplejestuderendes erfaringer fra ”Livets Skole” og den æstetiske dimension i ”Skolen for Livet”.

9. Perspektivering

Mit ærinde med specialet har været at belyse det dannelsesmæssige, det æstetiske i sygeplejerskeuddannelsen som grundlag for, at omsorg også kommer til udtryk over for patienterne. Rapporten "Kræftpatientens verden" gav et billede af patienters oplevelser i mødet med sygehussystemet. Ordet var overladt til patienterne. Ikke i abstrakte tal og forud definerede spørgeskemaer med unuancerede og lukkede svaralternativer. Men med levende, vingede ord, som taler til vore følelser og berører vore hjerter. Undersøgelsen dokumenter, at kunsten ligger i mere end det, der kan registreres, vejes, måles.

Jeg finder det derfor nødvendigt at udvide søgelyset, så der i vores fremtidige sundhedsvæsen er et anderledes humanistisk helhedssyn på patienten. Så teknologiske, nødvendige og gode fremskridt ikke udelukker, at medmenneskelig indsigt og indlevelse prioriteres højt og gives vilkår for vækst, om end omsorg næppe vil kunne sættes på skema og formler.

Så "Stundom Helbrede, Ofte Lindre, Altid Trøste" vil få ny betydning og den enkelte patient nyde godt af såvel teknologiske fremskridt som medmenneskelig omsorg. Hvor sygdom som livsvilkår påkalder sig den nødvendige bevågenhed. At der fra systemets side ikke ses bort fra alle de situationer, hvor vi kun kan udrette meget lidt eller slet intet med vores videnskab og teknologi. At der gives rum til det videnskabeligt ligegyldige. Så patienterne udover at være tilfredse med selve den sundhedsfaglige behandling også oplever at blive mødt med indlevelse, varme og omsorg.

Grundtvigs "Livs-Oplysning" virker som inspirationskilde til øget opmærksomhed på en mere nuanceret opfattelse af dannelsen og uddannelsen af sygeplejersker end den, der gør sig gældende i uddannelsestænkningen. Det ligger i ordet. Livsoplysningens opgave er at kaste lys over livet. Med livets erfaringer kaste lys over livets store spørgsmål. At vise og fremelske livets gode sider. Grundtvig vil, at mennesket erkender og anerkender livet som en gave, som vi skal stræbe efter at leve og leve nu. Til gavn og glæde for det fælles bedste.

Resultaterne i dette speciale er med til at pege på æstetisk bevidsthed som en mulighed for sygeplejersken til at forstå sit medmenneske. Æstetisk kundskab som en dyb forståelse af den konkrete situation, hvor man uden bevidste overvejelser umiddelbart handler klogt og

rigtigt. En kundskab, som ikke ekspliciteres direkte, men i den konkrete situation gives udtryk og kan erfares.

Jeg vil derfor tilslutte mig Grundtvig og pege på det unyttige som det nyttigste i menneskelige anliggender og dermed i sygeplejerskens omsorg for patienten.

Jeg har i specialet belyst, at undervisning i omsorgsteorier har vist sig utilstrækkeligt for sygeplejerskers møde med patienten. For dette medmenneskelige møde er i stedet grundlæggende, ikke-materielle værdier betydningsfulde. Værdier, som er forankret i det æstetiske og ingenlunde fremmes af teoretisk, videnskabelig viden. Derimod fremmes den faglige udvikling indirekte af menneskelig dannelse og oplysning. Kunst giver os anledning til forundring, får os til at reflektere og er derfor en vej til erkendelse. Integreret i den faglige undervisning ville det æstetiske danne klangbund for de kommende sygeplejerskers virke, når de i en travl og kompleks hverdag stod ansigt til ansigt med livet i al dets mangfoldighed.

Mens faktakundskaber kan anses som akkrediteringens forudsætning (jvf. 7.1), mener jeg således, at den æstetiske bevidsthed kan vurderes som omsorgens forudsætning. Hvis omsorg ikke skal kunne betegnes som en "mangelvare" og sygeplejersker skal blive bedre til at yde omsorg og dermed opfylde deres sociale mandat, giver det ikke mening fortsat at prioritere undervisning henvendt til fornuften på bekostning af undervisning henvendt til hjertet. Det er derimod den æstetiske dimension, der skal have lys og varme.

”Hjertet har sine grunde som fornuften ikke kender grund for;
man ved det i tusinde ting” (Pascal).

10. Litteratur og referencer

Andersen Heine 1996. Jürgen Habermas. I: Andersen H og Kaspersen LB: *Klassisk og moderne samfundsteori*. Kbh. Hans Reitzels Forlag

Andersen Vibeke & Dybbroe Bettina 2004. Fællesskab kræver fællesskab. Rapport fra projektet *Sygepleje i forandring Arbejdsliv, faglighed – og fagforening*. DSR Frederiksborg Amt.

Aristoteles 2000. *Etikken*. Frederiksberg. Det lille Forlag

Bagh Jette 2006 a. Brug finmotorikken.
I: *Sygeplejersken* 20/2006

Bagh Jette 2006 b. Et forfærdeligt sted for mennesker.
I: *Sygeplejersken* 25-26/2006

Birkelund Regner 2006. Evidensideologi og forskningsstrategi Udvikling eller afvikling?
I: *Akademiske Sygeplejersker* oktober 2006

Birkelund Regner 2005. *Kend dig selv Om det sociale individ og det sunde samfund*.
Udleveret kopi. Publiceres i Grundtvig - Studier

Birkelund Regner 2004. Sygeplejerskeuddannelsen kulturhistorisk og vidensfilosofisk betragtet. I: Hansen NB og Glerup J. *Vidensteori, professionsuddannelse og professionsforskning*.
Syddansk Universitets Forlag

Birkelund Regner 2001. Maren Grosen og Ingrid Kaaes syn på sygepleje og uddannelse
Livsglædens etik.
I: Birkelund R (red.) *Omsorg, kald og kamp*. Kbh. Munksgaard

Birkelund Regner 2000a. Oplysning og oplysning er to ting.
I: *Klinisk Sygepleje* 14. årgang 2000. Kbh. Munksgaard

Birkelund Regner 2000b. Ethics and education.
In: *Nursing Ethics* 2000/7 (6)

Birkelund Regner 1999. *Livs-Oplysning*. Gyldendalske Boghandel. Kbh. Nordisk forlag A/S

Bjørnsson K 1999. Rødder i middelalderen.
I: www.sygeplejersken.dk 1999:36

- Bugge Knud E 1983. Grundtvigs pædagogiske tanker.
I: Thodberg C og Thyssen AP: *Grundtvig og grundtvigianismen i nyt lys*.
Forlaget Anis i samarbejde med Det Danske Selskab Århus
- Bugge Knud E 1968. *Grundtvigs Skoleverden i tekster og udkast* Bind 1 og 2. Kbh.
Institut for Dansk Kirkehistorie. Gads Forlag
- Bugge Knud E 1965. *Skolen for Livet*. Doktorafhandling. Kbh. Institut for Dansk Kirkehistorie. Gads Forlag
- Busk 2006. Anmeldelsen var at finde i program fra biografen Øst for Paradis
- Carlsen Jørgen 2006 Den genmodificerede højskole.
I: *Kronik i Jyllands-Posten*, 11.05.2006
- Dahler- Larsen Peter 2007a. Kvalitet kan ikke sættes på én formel.
I: *Ugebrevet Mandag Morgen* 01
- Dahler-Larsen Peter 2007b. *Kvalitetens beskaffenhed*. Syddansk Universitetsforlag
- Dansk Sygeplejeråd 2005. *National Strategi for Sygeplejeforskning 2005-2010*.
Dansk Sygeplejeråd
- Dansk Sygeplejeråd 2004. *Sygeplejeetiske Retningslinier*. Sygepleje Etisk Råd i Danmark 2005.
- Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet. *Modelbeskrivelse 2. version august 2003*.
Kbh. Sundhedsstyrelsen 2003
- Donabedian Avedis 1992a. The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance.
In: *Quality Review Bulletin* Vol:Nov (18)11
- Donabedian Avedis 1992b. Quality Assurance in health care: consumers' role quality.
In: *Health Care* Vol: dec (4)
- Donabedian Avedis. 1988. The Quality of Care. How can it be assessed?
In: *JAMA* Vol:260(12)
- Duus Bent 2006. I: Søndergaard og Palsbo, Nye vitaminer til uddannelsen.
<http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/?intArticleID=14738>
- Duus Lisbeth 1999. Kan man yde omsorg for patienten i centrum?

<http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/?intArticleID=2618>

Ellefsen Bodil 1998. Triangulering – eller hvorfor og hvordan kombinere metoder?
I: Lorensen M: *Spørmålet bestemmer metoden*. Oslo Universitetsforlaget

Endahl Lars A 2001. Patienttilfredshed og kvalitet i sygehusvæsenet.
I: *Tidsskrift for Sygeplejeforskning* 2/2001

Eriksen, Tine Rask 1999. Akademisering af de praktiske fag – er vi på rette vej?
I: *Dansk pædagogisk tidsskrift* nr. 3, 1999

Eriksen Tine Rask 1992. *Omsorg i forandring*. Kbh. Munksgaard

Fink H 1999. Om filosofi, fagfilosofi og filosofihistorie.
I: Dohn NB et al: *Hvad er filosofihistorie? Mindeskrift for Johs. Østergaard Petersen*. Forlaget Philosophia, Århus

Flaming Don. 2001. Using phronesis instead of "research – based practise" as the guiding light for nursing practice.
In: *Nurs Philosophy* 2001;(2).251-8

Flyvbjerg Bent 1993. *Rationalitet og magt*. Kbh. Akademisk Forlag

Gadamer Hans-Georg 2004. *Sandhed og metode Grundtræk af en filosofisk hermeneutik*. Kbh. Gyldendals Bogklubber

Gadamer Hans-Georg 2004. *The Enigma of Health. The Art of Healing in a Scientific Age*. Cambridge Polity Press

Grundtvig Niels Frederik Severin 1956. *Grundtvig N.F.S. (Marielysttaler). Taler paa Marielyst Højskole 1856-1871*.

Skrifter udgivet af Grundtvig-Selskabet, Kbh. Udgivet af Steen Johansen i kommission for Gyldendalske Boghandel, København Nordisk Forlag

Grønvold Mogens, Pedersen Camilla, Ravn Jensen Cecilia, Johnsen Anna T.
Kræftpatientens verden - en undersøgelse af hvad danske kræftpatienter har brug for. Kræftens Bekæmpelse. Kbh. 2006

Gustavsson Bernt 2001. *Videns – filosofi*. Århus. Forlaget Klim

Gøtzsche Inger 1993. *Sygeplejens udvikling og kulturhistoriske baggrund. Lærebog for sygeplejestuderende*. Kbh. Nyt Nordisk Forlag. Arnold Busck

Hansen Bent 2007a. Moderne sygehuse ønskes.
I: *Politiken* 20.3.2007

Hansen Bent og Kruckow Connie 2006. Sygeplejerskeuddannelse i verdensklasse.
I: *Politiken* 18.10.2006

Hansen Bent og Rasmussen Løkke 2007 a. Modige beslutninger fremtidssikrer sundhedsvæsenet. I: *Politiken* 24.4. 2007

Hansen Bent og Rasmussen Lars Løkke 2007 b.
I: Enheden for brugerundersøgelser: *Patienters oplevelser på landets sygehuse 2006*. Kbh. Enheden for brugerundersøgelser 2007 www.im.dk

Hansen Marianne Nord 2003. *Omsorg i de mellem menneskelige relationer i sundhedsvæsenet. Et kvalitetsudviklingsperspektiv*.
Delpublikation nr.6 i skriftserien om ”De mellem menneskelige relationer”. Århus Amts Trykkeri

Hede Anders og Andersen Jacob 1999. *Når patienten vågner Et debatoplæg om det 21. århundredes patientkultur*. Mandag Morgen Strategisk Forum

Heggen, Kristin 1995. ”Sykehuset som klasserom” – praksislæring i profesjonsutdanninger. Oslo Universitetsforlaget

Heinskou Torben 2005. Nye styringsinstrumenter i sundhedssektoren.
I: *Social Kritik*; 102

Henriksen Jan Olav og Vetlesen Arne 2000. *Omsorgens etik. Grundlag, værdier og etiske teorier i arbejdet med mennesker*. Kbh. Nordisk Forlag

Hellesnes, Jon 1999. En uddannet mand og et dannet menneske.
I: Dale, Erling Lars (red.) *Pædagogisk Filosofi*. Forlaget Klim

Hjort Peter 2001. Fremtiden er lys – det er bare tre bekymringer.
I: *Tidsskrift Norsk Lægeforening* 2000;120:12)

Holdgaard Aase og Thostrup Ulrick 2002. Professionsbachelor i sygepleje Konsekvenser og udfordringer for sygeplejerskeuddannelsen.
I: Uhrenfeldt L; Røn Noer V og Laustsen S (red.): *Fokus på sygepleje*. Kbh. Munksgaards Forlag

Holen Mari 2006. Dansen om sygeplejerskeuddannelsen.
I: <http://www.fasid.info/Tidsskrift/Tidsskrift.htm> Okt.2006

- Holm- Petersen Camilla, Asmussen Merete, Willemann Marlene 2006. ”Sygeplejerskers fagidentitet og arbejdsopgaver på medicinske afdelinger”.
DSI Rapport www.dsi.dk / 2006.08
- Højberg Henriette 2004. Hermeneutik Forståelse og fortolkning i samfundsvidenskaberne.
I: Fuglsang L og Olsen PB (red.): *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne På tværs af fagkulturer og paradigmer*
- Jensen Karen 2003. Den fremtidige professionsudanningen.
I: Kirkevold, Marit et al: *Klokskap og kyndighet*, Ad Notam, Gyldendal 1993
- Jensen Torben K. 1990. Sygepleje som etisk know –how.
I: Jensen, Torben K.; Jensen, Lars U.; og Kim, Won Chung (red.) *Grundlægsproblemer i sygeplejen – Etik, videnskabsteori, ledelse & samfund*. Forlaget Philosophia, Århus Universitet
- Johansen Els og Johansen Ejler 1989. Omsorg som mangelvare.
I: *Social Kritik* 3/1989
- Johansen, Karsten Friis (1998) *Den europæiske filosofis historie – Antikken*, Bind 1. Kbh. Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busch
- Johnsen AT, Jensen CR, Pedersen C, Grønvold M 2005. *Kræftpatientens verden – en undersøgelse af, hvilke problemer danske kræftpatienter oplever. Litteraturgennemgang og interviews*. Forskningsenheden Palliativ medicinsk afdeling. H:S /Bispebjerg Hospital
- Juul Jensen Uffe 2003. Humanistisk sundhedsforskning Videnskabsteoretiske perspektiver.
I: Lunde IM: *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab*. Kbh. Akademisk Forlag
- Juul Jensen Uffe 1995. *Moralsk ansvar og menneskesyn*. Kbh. Munksgaard Forlag
- Juul Jensen Uffe 1993. *Sygdomsbegreber i praksis*. Kbh. Munksgaards Forlag
- Jungersen Dorte 2001. ”Kliniske retningslinier for bløde værdier”.
I: *Ugeskrift for Læger*. [http:// www.ugeskriftet.dk](http://www.ugeskriftet.dk)
/portal/page?_pageid=33,11008310&dad0=portal&schema.
- Jørgensen Dorthe 2006. *Skønhed En engel gik forbi*. Aarhus Universitetsforlag
- Jørgensen Dorthe 2004. På vej mod en ny oplysning?
I: Heick A.(red.) *Danmark på vej mod år 2020*. Århus. Tiderne Skifter <http://www.sophia-tt.org/binaries/15989.pdf>

Jørgensen Dorthe 2002. *Viden og visdom Spørgsmålet om de intellektuelle*. Frederiksberg Det lille forlag

Kemp Peter 2001. *Etikkens verden*.

I: Bjerrum M og Christiansen KL (red.): *Filosofi, etik, videnskabsteori*. Kbh. Akademisk Forlag

Kemp Peter 2000. En filosofiens mester fylder 100 år.

I: www.information.dk / Fremvisning/Arkiv/Arkprint.dna?pRef=DocRefCommand

Kemp Margrethe L og Kemp Peter 1998. *Et liv der ikke dør. En bog om lægekunst og menneskelighed*. Kbh. Forlaget Spektrum

Kirkevold Marit 2003. *Videnskab for praksis?* Kbh. Gads Forlag

Kirkevold, Marit 1993. Nortved, Finn; Alsvåg, Herdis (red.) *Klokskap og kyndighet*. Ad Notam Gyldendal

Kjeldstadli Knut 2002. *Fortiden er ikke hvad den har været En indføring i historiefaget*. Frederiksberg. Roskilde Universitetsforlag

Kruckow Connie 2006a. Høj standard kræver solid uddannelse.

www.dsr.dk/Sygeplejersken/print.asp?intArticleID=14554

Kruckow Connie 2006b. Sejr for sygeplejerskeuddannelsen.

<http://www.dsr.dk/PortalPage.aspx?MenuItemID=241&M393=aXRlbWtleQ%3d%3d%3aN TgxMzY%3d%26bW9kZQ%3d%3d%3aNzAw>

Kongsgart Stine 2007. Patient har det ikke godt.

I: Kronik i *Politiken* 19.2.2007

Kvale Steinar 1997. *InterView En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Kbh. Hans Reitzels Forlag

Lauritzen Johnny 2006. Symbolsk imperialisme – metrik og merkantilisme i uddannelsesfeltet.

I: *Akademiske Sygeplejersker* http://www.fasid.info/Tidsskrift/fasid_2006_10_okt.pdf

LOV om patienters retsstilling 1998: *Lov nr. 482 af 01. 07.1998*.

Løkke Anne; Fihl Esther; Hem Lars, Juul Jensen Uffe 2005. *Humanistisk forskning i krop, sundhed og sygdom* Forskningsrådet for Kultur og Kommunikation

Mainz Jan og Bartels Peter 2004. *Det nationale indikatorprojekt*.

www.sst.dk /Publ/Publ 2003/PB/ Kvalitetsbegreber.pdf.

Mainz Jan 2003. Analyse og fortolkning af data. Kvalitative og kvantitative aspekter.
I: Lunde IM: *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab*. Kbh. Akademisk Forlag

Malchau Susanne 2003. Sct. Josef Hospitalerne i Danmark 1875-1990.
I: *Bibliotek for Læger*. Århus. Den Almindelige Danske Lægeforening

Malchau Susanne 2001. Søster Benedicte Ramsing og kaldstanken Hvad er sygepleje uden kærlighed?
I: Birkelund R(red.) *Omsorg, kald og kamp Personer og ideer i sygeplejens historie*. Kbh. Munksgaard

Malchau Susanne 1998. *Kærlighed er tjeneste Søster Benedicte Ramsing – en biografi*. Nordvestgrafik A/S Dansk Sygeplejeråd

Martinsen Kari 2005. *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo. Akribe

Martinsen Kari 2004. *Øjet og kaldet*. Kbh. Munksgaard

Martinsen Kari 2000. *Fra Marx til Løgstrup Om etik og sanselighed i sygeplejen*. Kbh. Munksgaard

Martinsen Kari 1998. *Fænomenologi og omsorg* Kbh. Gads Forlag

Martinsen Kari 1989. Omsorg i sykepleien – en moralsk udfordring.
I: *Fokus på sygeplejen 90*. Munksgaard 1989

Martinsen Kari, Boge Jeanne 2004. Kunnskapshierakiet i evidensbasert sykepleie.
I: www.sykepleien.no /13

Mathiesen TP, FreilM, Willaing I et al 2007. Do Patients Differentiate Between Aspects of Health Care Quality?
In: *Journal for Health Care Quality* Vol 29, No1

Nightingale Florence 1999. *Notes on Nursing* Bemærkninger om Sygepleje. Kbh. Munksgaards Forlag

Nussbaum Martha C 1995. *Känslans skärpa tankensinlevelse*. Stockholm Brutus Östlings Bokförlag Symposion

Nøjgaard Caroline 2002. Lede ved sygeplejen.
I: *Sygeplejersken* nr. 8 2002 www.sygeplejersken.dk

Nørager Troels 1989. *System og livsverden. Jürgen Habermas konstruktion af det Moderne*. Århus Universitet Det teologiske Fakultet. Forlaget Anis

Olsen Henning.2002. *Kvalitative kvaler Kvalitative metoder og danske kvalitative interview-undersøgelers kvalitet*. Akademisk Forlag A/S

Pesut B & Johnson J 2007. Reinstating the `Queen`: Understanding philosophical inquiry in nursing.
In: *Journal of advanced nursing*. Sept. 2007

Petersen Esther 2004. Henny Tcsherning Sygeplejesagen som et livsværk.
I: Birkelund (red.): *Omsorg, kald og kamp*. Kbh. Munksgaard

Polit Denise, Beck Cheryl, Hungler Bernadette 2001. *Essentials of nursing Research. Methods, Appraisal, and Utilization*. Philadelphia New York Baltimore Lippincott

Rasmussen Anders Fogh 2006. Kvalitetsreform – med mennesker i centrum.
I: *Politiken* 16.11.2006

Rasmussen Lars Løkke 2007. Kræftbehandling: ”Vi har åbenbart været for naive”.
I: *Politiken* 11.8.2007

Rasmussen Lars Løkke 2004: Et åbent og gennemsigtigt sundhedsvæsen.
I: *Ugeskrift for Læger* 2004;166(04):291 www.ugeskriftet.dk

Rasmussen Lars Løkke 2003: *Ministerens tale*. Konferencer vedr. kvalitetsforbedring/...
www.sst.dk/tilsyn/Kvalitetsforbedring/

Ravn Kirsten 2006. *Visse ting skal man ikke med sin forstand finde ud af, men med sit liv finde ind til*.
Upubliceret semesteropgave, Institut for Folkesundhed, Afdeling for Sygeplejevidenskab, Århus

Ravn Kirsten 2007. *I've been trained not to apologize*.
Upubliceret semesteropgave, Institut for Folkesundhed, Afdeling for Sygeplejevidenskab, Århus

Saugstad Tone 2003. *Læring i skole og praksis. Praktikkens læringslandskab* .Kbh. Akademisk Forlag

Scheel Merry 1999. *Interaktionel sygeplejepraksis*. Kbh. Munksgaard

Sundhedsstyrelsen 2004. *National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*

www.sst.dk/publ

Timm Helle 2004. *Patienten i centrum? Brugerundersøgelser, lægperspektiver og kvalitetsudvikling*. Kbh. DSI- Institut for Sundhedsvæsen

Timm Helle 2004. Målinger får dumpekarakter.
I: *Ugebrevet A 4* 20.9.2004

Thodberg C og Thyssen AP 1983. *Grundtvig og grundtvigianismen i nyt lys*.
Forlaget ANIS i samarbejde med Det Danske Selskab Århus

Ugebrevet Mandag Morgen 2007. *Brugernes Sundhedsvæsen. Oplæg til en patientreform*.
Huset Mandag Morgen/ Innovationsrådet i samarbejde med Patientforum, Danske Regioner og Oxford Health Alliance

Vallgård Signild 2004. Historiske analyser.
I: Koch Lene og Vallgård Signild (red.): *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*.
Kbh. Munksgaard

Villadsen Anne Mette, Ibsen Charlotte, Krogh Birgitte R, Eberhardt Marianne, Flarup Lone, Mainz Jan 2007. Model til kvalitetssikring i det danske sundhedsvæsen.
I: *Sygeplejersken* 2007/8

Vind Ole 2002. Grundtvigs fædreland.
I: *Kronik i Politiken* 8.9.2002

Vinge Sidsel 2006. I: Andersen C: *Patienttilfredshed: Danmark, landet med de mange tilfredse patienter*.
www.ugeskriftet.dk 2.1.2006

Wackerhausen Steen 2002. *Humanisme, professionsidentitet og uddannelse – i sundhedsområdet*. Kbh. Hans Reitzels Forlag

Wackerhausen Birgitte og Steen 1993. Tavs viden og pædagogik.
I: *Dansk pædagogisk tidsskrift* nr. 4 1993

Weile Lise 1995. *Ansvar og ansvarlighed – om sygeplejerskers pligter og rettigheder*.
Kbh. Munksgaard

Wingender Nete Balslev 1999. *Ildsjælenes historie*.
I: www.sygeplejersken.dk 1999/42

www.dsr.dk/PortalPage.asp?MenuItemId 206 6.dec.

<http://www.grundtvig-byen.dk/gr/2701.pdf>

www.uvm.dk 2006. *Anbefalinger til en revision af sygeplejerskeuddannelsen.*
Undervisningsministeriet December 2006

www.uvm.dk 2006. *Bekendtgørelse nr. 1095 af 07/11/2006 (Sygeplejerskebekendtgørelsen)*
Undervisningsministeriet 2006

www.uvm.dk 2001 Undervisningsministeriet 2001. *Bekendtgørelse nr.232 af 30. marts 2001*

www.uvm.dk 2000/ur/9. Thostrup U. *Om fag og faglighed i sygeplejerskeuddannelsen.*
I: Uddannelsesredegørelse 2000

www.uvm.dk 1990. *Bekendtgørelse nr. 759 af 14.november1990*
Undervisningsministeriet 1990

Østerby Trine, Hansen Karen S, Freil Morten 2007. *Patienters oplevelser på landets sygehuse 2006* TABELSAMLING.
Enheden for Brugerundersøgelser i Københavns Amt på vegne af Amterne, H:S og Indenrigs - og Sundhedsministeriet. Kbh.2007

Østerby Trine; Gut Rikke; Blæsbjerg C og Freil M 2006. *Patienters oplevelser på landets sygehuse 2006* .
Enheden for Brugerundersøgelser i Københavns Amt på vegne af Amterne, H:S og Indenrigs - og Sundhedsministeriet. Kbh. 2005

Åkerstrøm N 2008. *Velfærdsledelse. Nej tak til lette løsninger.*
I: *Politiken* 23.4.2008