



Professionsetik hos autoriseret sundhedspersonale

**– Ledelsesopgaven når sundhedsprofessionelle
presses på deres faglige etik**

Af Pia Houmark og Amanda-Houmark-Ørsøe

Professionsetik hos autoriseret sundhedspersonale

- Ledelsesopgaven når sundhedsprofessionelle presses på deres faglige etik

I et presset sundhedsvæsen lever alle ikke altid op til den faglige standard, de selv og andre kunne ønske. Det er et faktum, vi kender til effekterne af gennem fx registrering af utilsigtede hændelser, opråb i dagspressen og årsager til stresssygemeldinger. Vi ved også noget om årsagerne gennem forskning i fx moralsk stress og psykisk arbejdsmiljø. At det har konsekvenser for både kvalitet af pleje og kvalitet af trivsel, når man ikke kan efterleve kliniske retningslinjer, faglige anbefalinger eller personlige værdier, er naturligvis forståeligt og – paradoksalt nok – også et sundhedstegn. Man er bevidst om hvad man er utilstrækkelig over for. At forstå og behandle dette som såkaldt moralsk stress kan dog have den uheldige konsekvens, at man gør et strukturelt problem til et individuelt problem. Logikken kan blive, at det er den enkelte sundhedsprofessionelles forventninger til standard, der er for høj eller urealistisk, og at stress derfor også er vedkommendes eget problem. At det er den stressede, der skal ændre på noget, og ikke strukturen.

I dette indlæg argumenterer vi for en forståelse af stress, der bunder i oplevelsen af, ikke at have mulighed for at leve op til kravene i autorisation og den heri definerede etik. Vi præsenterer begrebet "professionsetisk stress" og diskuterer dels hvordan det viser sig i hverdagen på danske hospitaler, dels hvordan man som sundhedsprofessionel med ledelsesansvar kan forebygge og agere i det. På den måde forsøger vi at berige viden om arbejdsmiljø og belastninger med perspektiver fra filosofien og etikken.

Moralsk stress

Moralsk stress kan defineres som "negative følelser eller holdninger, der opstår som reaktion på ens involvering i en situation som man opfatter som moralsk uønskelig" (Lützen 2013). Fra forskningen i moralsk stress ved vi at risikofaktorer fx kan være kvalitetsbrist i behandlingen, udsigtsløs behandling, falske forhåbninger til patienter, at mislykkes i at rejse et problem og et negativt etisk arbejdsmiljø. Vi ved også at konsekvenserne af moralsk stress er udbrændthed, intention om at sige op, og lavere jobtilfredshed, behandlingskvalitet og patientsikkerhed (Campbell et al.; Oh & Gastmans; Schlüter et al.). Derfor er emnet naturligvis ganske væsentligt - ikke mindst i relation til tiltrækning og tilknytning af ansatte i sundhedsvæsenet.

Vi ved også at modererende eller beskyttende faktorer mod moralsk stress er erfaring, (etisk) arbejdsmiljø, tværgående samarbejde og balance mellem krav og ressourcer. Mens vi ser mange lighedspunkter i risikofaktorer og konsekvenser når det kommer til professionsetisk stress, adskiller definitionen og de beskyttende faktorer sig på vigtige punkter. Begrebet om moralsk stress tager nemlig udgangspunkt i en individuel

opfattelse af moral, hvilket betyder at det derfor ofte også er denne, der problematiseres ved stress. "Kunne den moralsk stressede ikke blot sænke sin standard, forstå vilkårene og se, at vi gør det så godt vi kan under de gældende forhold?".

Sygeplejefagets etik

Autoriseret sundhedsprofessionelt personale er i deres arbejde ikke kun bundet op på deres personlige moral og værdigrundlag, men også på den professionsetik, der er defineret i Autorisationsloven. Sygeplejersken er fx "*under udøvelsen af sin virksomhed forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed*" (§17 i Autorisationsloven). Som noget særligt forbinder den danske autorisationslov således sundhedsprofessionens etiske praksis direkte og eksplicit til noget så eksistentielt og personligt integreret som den enkeltes sundhedspersons samvittighed.

Autorisationen skal hverken generhverves eller opdateres, idet kravet om omhu og samvittighedsfuldhed fordrer at sundhedspersonen holder sine kompetencer ajour. Sundhedspersonen kan således kun miste sin autorisation ved at have udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed i sit virke.

Det betyder at sundhedsprofessionelle i sidste ende kan stå under personligt strafansvar i deres daglige arbejde og i udøvelsen af det faglige kliniske skøn. Det er væsentligt at have for øje i forståelsen af, hvad det kan betyde når medarbejdere oplever ikke at kunne leve op til deres ansvar. Ved at undersøge stress i regi af den professionsfaglige etik og dømmekraft, tager vi den faglige autorisation alvorligt på en måde, der åbner op for perspektiver hvor stress ikke handler om den enkeltes standard, men fagets standard.

Professionsetisk stress

Professionsetisk stress kan tjene som betegnelse for *en særlig type arbejdsrelateret stress, der ses når mennesker oplever sig hindret i at handle i pagt med basale værdier i deres professions etiske grundlag, og tvunget til aktivt at gøre noget uforsvarligt* (Mesel 2009, Christoffersen 2009). Når hindringen eller tvangen varer ved over tid, udsættes den fagprofessionelle for en vedvarende etisk slitage, der kan udarte til en slags ufølsomhed over for fagets værdier, som man ikke længere forsøger at efterleve.

Professionsetisk stress forekommer nok sjældent i det store og hyppigt i det små. Den decideret forræde adfærd over for fx patienter eller pårørende, som man kender fra fx dokumentarer om plejehjem, hører forhåbentligt til sjældenhederne, mens de små hverdagsudtryk for en stresset professionsetik nok er ganske genkendelig, når man som sundhedsprofessionel fx ikke spørger yderligere ind til en patient, der måske taler meget

langsomt og har svært ved at finde frem til ordene, eller undgår øjenkontakt med en bekymret pårørende, man ved har et spørgsmål, man ikke har tid til at besvare.

Fra forskningen kan man identificere tre niveauer af professionsetisk stress: moralsk crescendo, moralsk anæstesi og moralsk PTSD (Mesel 2009).

Moralsk crescendo er betegnelse for den gradvist tiltagende professionsetiske stress, hvor man som sundhedsprofessionel ved hvad man bør gøre, men føler, at styrende faktorer hindrer en i at gøre det. Man oplever sig altså ude af stand til at udvise den omhu og samvittighedsfuldhed, som man ved, man kunne og burde. Det moralske crescendos stemmer kendes på larm og alarm – som i musikken stiger lydstyrken, stemmerne råber harmdirrende op om, at det ikke er forsvarligt at være så få i vagten, at den studerende allerede skal stå alene med alt for stort ansvar, eller at det ikke kan passe at vi gør tingene på den her måde... Man går hjem fra vagt med dårlig samvittighed og har den med sig når næste vagt begynder. Den etiske skam stiger. Den bygger sig op. Nogen siger op. Nogen bliver og forsøger at ændre vilkårene. Atter andre bliver og forsøger at ændre sig selv... måske ved at sænke stemmen og forsøge at bedøve smerten.

Moralsk anæstesi kan være en respons på lidelsen over, at ens egne handlinger for ofte ikke stemmer overens med professionsetikken, fx ved utilsigtede hændelser eller når noget går galt (Mesel 2009). Altså når man bevidst eller ubevidst handler imod det, man ved er godt og som man bør efterleve, eller når man føler sig tvunget til igen og igen aktivt at handle i strid med værdier i fagets professionsetik og eget klinisk-faglige skøn (McCarthy 2008). Det kan være så ubehageligt og lidelsesfuldt at være i, at man 'bedøver bevidstheden' om etikken, og at man 'forhærder' sig over for ubehaget ved at gøre netop det. Bedøvelsen kan være af kortere varighed og tjene som kriseberedskab i undtagelsestilfælde, men den kan også udarte til en tilbagevendende tilstand, der langsomt men sikkert eroderer sensitiviteten i personens klinisk-faglige dømmekraft. I nogle arbejdskontekster vil dette blive set som robusthed og realisme, i andre som forråelse og kynisme (Mesel 2009). Den moralske anæstesis stemme er sederende, den dæmper larmen og bedøver harmen. Stemmen kan nogle gange genkendes på det, der i en given kultur navngives som "vilkår", eller fortælles frem som selvfølgelige arbejdsbetingelser: "sådan er lugten i bageriet", "sådan har vi jo altid gjort", "det er bare sådan det er", "du har vist mange smukke idealer med dig fra uddannelsen, men de holder ikke altid i mødet med praksis". Det er når man fx ikke længere taler om, at det er alarmerende at der hver fredag skal udskrives to patienter fra den psykiatriske afdeling – man taler kun om, hvilke to det er mindst værst at udskrive.

Moralsk PTSD er når brud på professionsetikken ikke længere gør ondt, men er blevet forvandlet til at være nødvendige og give mening. Når man "gør det onde til en god ting", som Dorthe Birkmose skriver (Birkmose 2013). Dens stemme er svær at identificere, måske fordi den først og fremmest vender det døve øre og det blinde øje til etikken. Den

giver sig til kende ved at man ikke længere drøfter usikkerhed, ved at man ikke sår tvivl om, hvorvidt det man påtænker at gøre, eller faktisk gjorde, nu også lever op til den faglige standard. Man oplever ikke at have råd til eller behov for at overveje etiske spørgsmål i praksis. Det kan fx vise sig ved at man ikke inddrager patientens pårørende, fordi "mor inde på stue 5 er ikke den skarpeste kniv i skuffen" eller "fordi de ved ikke hvad deres eget bedste er". Det kan være når man taler videre uden at ænse eller anerkende en bekymret kollegas harme, eller når man agerer i direkte modstrid mod retningslinjer "fordi det har heller aldrig været realistisk, og i virkeligheden er det her den bedste metode".



Trivialisering - kulturens afdramatisering af det alarmerende

Professionsetisk stress angriber således både værdier i fagets formelle professionsetik og i den sundhedsprofessionelles eget etiske fundament for at handle med tiltro til omhu og samvittighed i egen og andres klinisk-faglige dømmekraft (Christoffersen & Mesel 2009). Her kan sproget spille en markant rolle, hvis vi i hverdagen trivialisere disse reaktionsmønstre. Vi ser nemlig, at den mest effektive måde at optrappe belastningerne på, er gennem den udramatiske, graduelle forråelse af samtalekulturen, hvor vi kan;

- 1) *nivellere* normskredet ved at tale det frem som det normale vilkår for alle i professionen eller her i afdelingen,
- 2) *privatisere* det oplevede problem ved at italesætte det som en individuel skrøbelighedsopgave,
- 3) *tabuisere* problemet gennem en tavshedskultur, hvor man ikke nævner eller påpeger problemet (Mesel 2009).

Det kan vise sig i praksis ved at alle dækker ind for den erfarne, men berusede kollega, der ikke agerer fagligt forsvarligt, og ingen siger noget eller ved højt sygefravær hos fx

sygeplejerskerne, fordi de ikke tør gå i vagt med lægen, der pga. ressourcemangel ikke er blevet oplært, og en cheflæge, der ikke kan dække vagterne med andre.

Hvis der er en mening med galskaben, kan galskaben udvikle sig

Disse kategorier og eksempler er tunge og måske endda ubehagelige overhovedet at læse om. Det er de, fordi de minder os om, at uanset hvor gode vores intentioner er, kan vi ende med at fejle ift. den professionsetik, som vi har valgt at forpligte os på ved at blive autoriserede sundhedsprofessionelle. Vi ved at sundhedsprofessionelle rundt omkring i Danmark dagligt lider under at føle sig i risiko for at komme til at begå alvorlige fejl, fordi styrende faktorer hindrer dem i at bruge deres klinisk-faglige dømmekraft til at udvise den rette omhu og samvittighedsfuldhed i patientbehandlingen. Derfor er det så vigtigt at få et fagligt blik på den afmagt, man kan stå i og forstå de reaktionsmønstre, den kan frembringe. Vi ser i de tre niveauer af professionsetisk stress udtryk for overlevelsestrategier, som mennesker benytter sig af, når der er psykisk slitage for at dæmpe følelsen af afmagt. Den kommer til udtryk ved, at man flytter problemet over hos den anden, tænker det er dem den er gal med og slukker for empatien, føler sig ligeglad, bliver kynisk, hårdhudet distanceret og uempatisk - og derfor kan den flytte ind i enhver kultur gennem fx hård tone, rå adfærd og jargon. Vi er i sundhedsvæsenet, fordi det er så uendelig meningsfuldt - men den meningsfuldhed kan også ende med at retfærdiggøre uhensigtsmæssig og uacceptabel adfærd i rammer, der ikke er etisk bæredygtige.

Ledelse som intervention mod professionsetisk stress

Ledere af sundhedsprofessionelle leder mennesker i en moralsk risikozone. Hvor den moralske stressforskning ligger vægt på bl.a. erfaring og ressourcer som beskyttende faktorer, kan vi med professionsetikken få øje på, at erfaring i sig selv ikke beskytter mod den gradvise trivialisering af normskred, faktisk kan erfaring i visse tilfælde have den modsatte effekt. Ressourcer er i sig selv heller ikke en beskyttelse mod at blive hindret i at handle i overensstemmelse med professionsetikken eller at blive tvunget til at handle i uoverensstemmelse med den.

Det betyder, at ledere af autoriseret sundhedspersonale har et særligt ansvar for at lede en faglig samtalekultur omkring den etiske slitage. Det indebærer kompetencer udi at tale om den dårlige samvittighed mens den er der, inden den bedøves eller forvandles. Etisk Råd påpeger i deres redegørelse om omsorg i sundhedsvæsenet, at ledelse spiller en central rolle i at skabe identitet omkring udøvelsen af omsorg, også når den går galt, på linje med naturligheden i, at ledere taler om omkostnings- og kvalitetsbevidsthed: "At insistere på samtaler om det højere formål med arbejdet i sundhedsvæsenet, handler om

at have modet til at selvevaluere på omsorgsudøvelsen i de relevante enheder. Ledelsen kan, når det gælder samtalen om omsorg som kerneopgave, bidrage med det fornødne mod til at drøfte de evalueringer som muligvis viser, at det står kritisk til med tilfredsheden blandt patienter, eller at der blandt sundhedsprofessionelle er uenighed om den rette udøvelse af omsorg (...) Over for de mere stiltiende normer for omsorg og deres snigende udhuling, har ledere en mulighed for at skabe en modig og problemhåndterende kultur" (Etisk Råd 2022). Vi ser altså her en ledelsesopgave og -potentiale i at tage ansvar for den definerede professionsetik ved at svare an på den gennem faglig dialog om hvordan den bør udtrykke sig i praksis og hvordan den faktisk gør det. Det handler ikke om at være en spidsborgerlig skrankepave, der ukritisk henviser til lovens bogstav, reglerne og "hvordan man gør". At svare an handler derimod om at tage ansvar for sin løbende eksistentielle tilegnelse af det, der er og sker, eller har været og er sket (Houmark 2020 og 2017)

En af hovedanbefalingerne til ledere fra Nationalt Forskningscenter for Arbejdsmiljø lyder: "Forstå problemet før du løser det." Denne opfordring handler om at forsøge at forstå stressbegrebet og de problemer, det indebærer, før der vælges løsninger og iværksættes interventioner - her mener vi, at professionsetisk stress er en vigtig del af problemforståelsen.

Hvordan?

Det kan være vanskeligt at lede i professionsetisk stress, fordi man fysisk og mentalt kan være langt fra dér, hvor normskreddene finder sted. Meget kan gå under radaren pga. skam og skyld. Der er gråzoner og fortolkning, hvor der ikke er entydige svar. Og du kan blive blind over for det gradvist skift i en kultur, du selv er en del af (Væksthus for Ledelse 2023). Med det sagt, er der en række konkrete handlinger, du som leder kan træne, støtte og udvikle på hverdagsbasis:

- **Systematisk dialogkultur!** Skab en bæredygtig kultur, hvor I får talt om det, der går galt, når det går galt, så det ikke er den tilfældige samtale i skyllerummet, der skal bære det, men at det er et fælles, fagligt anliggende, man øver sig i at bære sammen. Ved at skabe systematiserede kollegiale sparringsrum kan man opgradere og fællesgøre et repertoire af faglige erfaringer, der gør det muligt at søge hjælp og få hændelser bearbejdet, så man fortsat tør og kan rumme sit faglige ansvar.
- **Tag jeres professionsetik til jer.** Hvad består den i, hvad vil det sige i praksis? Her kan uddannelsesstederne også spille en rolle ved tydeligere at uddanne i omhu og samvittighedsfuldhed og at tale om hvordan professionel dømmekraft og klinisk fagligt skøn varetages og praktiseres.

- **Hold et vågent øje med jeres sprog.** Overvej og undersøg løbende jeres sprogbrug. Sundhedsvæsnet kan af gode grunde have et noget produktionspræget sprog. Det kan skabe en afstand til menneskerne omkring os og vores omsorgsfaglighed.
- **Brug on-boardingen.** Ved nyansættelser kan i få nye øjne på det I selv tager for givet og muligvis blinde pletter i den fase, hvor den nye ikke har vænnet sig til kulturen, vanerne, standarden og sproget hos jer. Det er det eneste tidspunkt vi møder kulturen på, inden vi selv bliver den.

Refleksionsspørgsmål:

1. Hvilke oplevelser fra din arbejdshverdag dukker op hvis du bruger begrebet "professionsetisk stress" som søgelys? Hvad skete der? Noter nøgleord og små eksempler.
2. Kan du få øje på episoder, hvor du selv eller andre har medvirket til at trivialisere professionsetisk stress? Hvordan foregik normaliseringen, privatiseringen og tabuiseringen af den oplevede krænkelse af etiske værdier? Hvordan lød trivialiseringens stemme - hvad blev der sagt?
3. Kan du genkende situationer hvor den etiske slitage, der følger af trivialiseringen, har stået frem for dig?

Referencer

Andersen, M. F. & Kingston, M. (2016): Stop Stress

Birkmose, Dorte (2016): "Når gode mennesker handler ondt - tabuet om forråelse", Syddansk Universitetsforlag

Campbell, S.M., Ulrich, C.M., Grady, C. (2016): "A Broader Understanding of Moral Distress". 16, 2-9.

Christoffersen, Svein Aage (2013): "Professionsetik", Forlaget Klim

Etisk Råd (2022): "Redegørelse om Omsorg i Sundhedsvæsenet"

Houmark, P. (2017): "Den kierkegaardske samtalsløjfe - Kierkegaard, protreptik og tredje generations coaching", Dansk Psykologisk Forlag.

Houmark, P. (2020): "Den kierkegaardske samtalsløjfe som GPS i protreptiske samtaler - dialoger som modgift mod trivialisering af professionsetisk stress" i "Erfaringer med Protreptik"

Lützén, K., Cronquist, A., Magnusson, A. & Andersson, L. (2003). Moral stress: Synthesis of a concept. *Nursing Ethics*, 10(3): 312-322.

Mesel, T (2009) "Når noe går galt - fortellinger om skam, skyld og ansvar i helsetjenesten", Cappelen Damm

Oh, Y., Gastmans, C. (2015): "Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review" i "Nurse Ethics" 22, 15-31.

Schluter, J., Winch, S., Holzhauser, K., Henderson, A. (2008): "Nurses' Moral Sensitivity and Hospital Ethical Climate: a Literature Review" i "Nurse Ethics" 15, 304-321

Væksthus for Ledelse (2023): Forstå og Forebyg Uønsket Adfærd.

Forfatterne bag

Pia Houmark

Chefkonsulent i Region Hovedstadens Center for HR & Uddannelse.



Amanda Houmark-Ørsøe

Konsulent i Mobilize Strategy Consulting.

