

STANDARDFORSIDE TIL EKSAMENSOPGAVER

Fortrolig Ikke fortrolig

Prøvens form (sæt kryds)	Projekt	Synopsis	Artikel	Speciale X	Skriftlig opgave
-----------------------------	---------	----------	---------	----------------------	------------------

Uddannelsens navn	Anvendt filosofi	
Semester	10. semester	
Prøvens navn/modul (i studieordningen)	Kandidatspeciale	
Gruppenummer	Studienummer	Underskrift
Navn: Mette Kurup Callsen	20152639	
Afleveringsdato	Onsdag den 31. Maj 2017 kl. 12.00	
Projekttitel/Synopsis titel/Speciale-titel/ opgave nummer	Frisættende dannelse i sundhedsvæsenet	
I henhold til studieordningen må opgaven i alt maks. fylde antal tegn	192.000 (minimum: 84.000)	
Den afleverede opgave fylder (antal tegn med mellemrum i den afleverede opgave) (indholdsfortegnelse, litteraturliste og bilag medregnes ikke)	164.807	
Vejleder (projekt/synopsis/speciale)	Morten Ziethen	

Jeg/vi bekræfter hermed, at dette er mit/vores originale arbejde, og at jeg/vi alene er ansvarlige for indholdet. Alle anvendte referencer er tydeligt anført. Jeg/vi er informeret om, at plagiering ikke er lovligt og medfører sanktioner. Regler om disciplinære foranstaltninger over for studerende ved Aalborg Universitet (plagiatregler):

<http://www.plagiat.aau.dk/regler/>

Abstract

The context of this master's thesis is the Danish healthcare system. The tasks of the health care system is treatment as well as rehabilitation, relief, health promoting and prevention.

But it seems that treatment is the main priority in dealing with the patients.

It is argued, that in society, there is a diagnostic-culture where diagnostic terms are used to explain human suffering and this dynamic seems disempowering for the patients. The ideal of empowerment is giving the patient the power and freedom to make their own decisions.

According to the existential philosophy, freedom is the choice and responsibility of relating to oneself. This process of relating to oneself can be seen as a freeing education, which becomes a possibility in limit situations for the existence, such as death, suffering, guilt, fight and to be subject to chance. A way of working towards this freeing education could be inspired by the philosophical practice, where the focus is the visitor's knowledge of life and not treatment or therapy.

The aim of this literature study is divided into three objectives;

1. To explain the limit situations and the diagnostic-culture and discuss how these situations affect the patient's way of relating to and being responsible for themselves
2. To discuss what kind of effort a freeing education process requires of the patient including having the courage to use their own intelligence and having freedom
3. To offer methodical instructions to the nurse who wishes to use the philosophical practice as a freeing education process

To accommodate the first aim, Karl Jaspers' limit situations are explained as they reveal themselves in the health care system and thereafter the diagnostic-culture is examined. In order to explain the effort required of the patient, Immanuel Kant's Answer to the question: What is enlightenment? will be used. The focus is primarily on the courage. To discuss what it means to be free, Karl Jaspers' understanding of reason and the true enlightenment will be used here. In order to accommodate the aim of the methodical instructions, Gerd Achenbachs life knowledge and Martin Heideggers Platons Lehre von der Wahrheit will be used to show guidelines for the nurse, wanting to work with a freeing education process.

The results of the analysis of the limit situations shows, that there seems to be, an

understanding of these as something treatable. This scientific approach is obstructing the possibility of relating to oneself in the limit situation. The diagnostic-culture is also disempowering for the patients.

According to Kant it is a self-inflicted disempowerment, when you do not have the courage to make use of your own reason, without the guidance of others. Enlightenment is the way out and the responsibility of the patients. To Jaspers, reason is the decision to communicate with others and he introduces the true enlightenment, which is anchored in a philosophical faith. The faith is arising out of the human freedom as an existence and impossible to prove. The true enlightenment is attaining access to the encompassing through ciphers. The patients are free to have a philosophical faith and use their reasoning to imagine the encompassing in the communication with others. They are considered more than just a biological animal with a self-preservatory urge. It is not only an atheist room of reflection that the patients want. The philosophical faith can offer relief for the patient in the limit situations.

In the Achenbachs philosophical practice the nurse acknowledge the patient as being able to lead his or her life, but paradoxically also wants to lead the patient. The freeing education process as Heidegger points out, consists of helping the patient transition from one understanding to another. It takes time and it is difficult. The nurse must consider this as a process and ask the patient questions that will reveal the patient's opinions and attitudes. The patients are considered free to commit themselves to another understanding and the nurse should help making this freeing process possible, by not objectifying the Being, but rather consider Being as the determination of the being as being. The freeing educational process is linked to truth. The current understanding of truth, in the healthcare system, is as medical evidence and this socially sanctioned way of thinking could work against another understanding of truth, as a transition from one understanding to another.

If the findings of this master's thesis is to be implemented in a healthcare setting, it requires a change in focus, from treatment to either rehabilitation, relief, health promoting or prevention.

Indholdsfortegnelse

Abstract	2
1. Indledning	5
1.1 Målsætning.....	11
2. Metode	11
2.1 Strukturen	11
2.2 Indholdet.....	12
3. Analyse og diskussion	15
3.1 Situationen	15
3.1.1 Grænsesituationerne.....	16
3.1.2 Grænsesituationerne i sundhedsvæsenet.....	17
3.1.3 Diagnosekulturen	22
3.1.4 Diagnosekulturens umyndiggørelse.....	25
3.1.5 Delkonklusion på Situationen	27
3.2 Gæsten	28
3.2.1 Sapere aude!	29
3.2.2 Modet til oplysning	31
3.2.3 Frihed til oplysning.....	33
3.2.4 Den kommunikative fornuft.....	35
3.2.5 Den sande oplysning.....	36
3.2.6 Den sande oplysning i sundhedsvæsenet.....	40
3.2.7 Delkonklusion om Gæsten.....	46
3.3 Værten.....	48
3.3.1 Lebenskönnerschaft.....	49
3.3.2 Achenbachs råd til sygeplejersken.....	51
3.3.3 Turen ud af hulen	54
3.3.4 Platons hulelignelse.....	54
3.3.5 Paideia.....	55
3.3.6 Aletheia	57
3.3.7 Frihed.....	58
3.3.8 Tildækning af tildækningen.....	59
3.3.8 Den pædagogiske dimension.....	63
3.3.9 Delkonklusion om værten	69
3.4 Kritik af teori og metode	71
4. Konklusion	72
5. Referencer	75

1. Indledning

Rammen om dette speciale er det danske sundhedsvæsen. Sundhedsvæsenets grundlæggende formål er at fremme befolkningens sundhed samt forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte.¹ I dette formål ligger der en del forskelligartede opgaver; nemlig sundhedsfremme, forebyggelse, behandling, lindring og rehabilitering. Som sygeplejerske gennem 13 år er det min oplevelse, at behandlingsopgaven har taget føretrøjen i forhold til de øvrige opgaver, der ligger i sundhedsvæsenet. Denne behandlingsprioritering påvirker, hvorledes vi arbejder med de mere eksistentielle problemstillinger, patienterne har.

I sundhedsvæsenet i dag bliver de eksistentielle spørgsmål og samtaler herom ikke prioriteret ret højt. I et feltstudie foretaget af professor Pål Guldbrandsen påvises det, at sundhedsprofessionelle forsøger at flytte samtalen væk fra emner af mere eksistentiel karakter og få samtalen over på et biomedicinsk spor.² Hospitalspræst Marie Baastrup Jørgensen fra Region Hovedstaden har i samarbejde med Trygfonden udarbejdet et undervisningstilbud – rettet mod sundhedsprofessionelles oplevede barrierer og udfordringer i arbejdet med patienternes eksistentielle problemstillinger – kaldet Eksistenslaboratorium (Jørgensen et al. 2016, s. 4-5). Deltagerne beskriver i forlængelse heraf, at de føler sig dårligt rustede til at deltage i eksistentielle samtaler med patienterne. Det forklares med manglende tid samt urealistiske forventninger til, hvad den sundhedsprofessionelle skal kunne gøre – herunder en faglig forståelse af at skulle løse, fixe og ordne de eksistentielle problemstillinger ved hjælp af det rigtige værktøj eller teknik. Men der blev også peget på et mangelfuldt sprog for det eksistentielle, oplevelsen af at mangle viden om eksistentielle temaer, ringe afklaring af eget værdimæssige ståsted og oplevelse af begrænsede fysiske rammer. Men 73 procent af deltagerne i Eksistenslaboratoriet tilkendegiver til trods for ovenstående, at det ”i høj grad” er en relevant opgave for dem at

¹ <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=183932#idf6ac9508-afcf-4580-b7e0-18102ee7352c>

² <https://www.kristeligt-dagblad.dk/liv-sjael/eksistentielle-spoergsmaal-skal-ind-paa-hospitalerne>

deltage i eksistentielle samtaler (Jørgensen et al. 2016, s. 9+11+14).

Når man bliver indlagt, er man patient, men det har længe været et ideal, at man som patient også skal være partner. For at dette partnerskab skal lykkes fordres det, at man møder patienten som menneske og ikke som en diagnose.³ Begrebet, empowerment, er blevet et centralt begreb til at italesætte, hvordan sundhedspersonalet ideelt set skal møde patienten med udgangspunkt i dette ønske om partnerskab. Ordet er svært at oversætte direkte, men handler om at give magten tilbage til patienten, således at denne med myndighed har handlekompetencer og beslutningsret (Andersen et al. 2000, s. 17). Der findes andre former for kommunikative praksisser, der har samme ideal som eksempelvis patientindflydelse (Kjeldsen 2014), Fælles Beslutningstagen (Bregnballe et al. 2015), Patientinvolvering eller Patientcentrering⁴. Men uanset navnet er idealet et ligeværdigt partnerskab med patienten, hvor patienten trods sygdom eller diagnose forstås som én, der i et eller andet omfang kan sig selv og sit liv og ikke bare er offer for sin krop og dens sygdomme. Men partnerskabet er ikke helt problemfrit. Inden for en sygeplejefaglig ramme – hvori jeg selv befinder mig – kan dette partnerskab være en udfordring, da den ”omsorgsfulde sygeplejerske” ofte vil komme til at tage over og gøre tingene for patienten (Bartholdy 2003, s. 22). Der synes således at ligge en forståelse af sygepleje, der muligvis kunne kollidere med empowermentbegrebet. Dette underbygges af en filosofisk undersøgelse af omsorg i sygepleje, som beskriver, at:

”Caring occurs when illness deprives a patient of autonomy” (Malin & Teadale 1991, s. 657).

Omsorg opstår altså, når sygdommen har frataget patientens autonomi. Men bliver patientens autonomi frataget i forbindelse med sygdom, eller er patienten i udgangspunktet frit til at forholde sig til sig selv uanset behov for pleje og omsorg? Og hvori består denne frihed; hvad er patienten fri til? Det er nogle af de spørgsmål, der ønskes besvaret i herværende speciale.

³ <https://www.kristeligt-dagblad.dk/liv-sjael/eksistentielle-spoergsmaal-skal-ind-paa-hospitalerne>

⁴ http://vis.dk/system/files/patienten_som_partner_-_handlemuligheder_og_effekter.pdf

Brinkmann & Petersen har lavet en analyse af, hvad de kalder en diagnosekultur. De argumenterer for, at diagnostiske termer glider ind og anvendes til forståelse af mange forskellige livsfænomener (Brinkmann & Petersen 2015a, s. 7-8). Ifølge dem udfordrer den diagnostiske logik patienternes autonomi, fordi den frihed, den enkelte har til at forholde sig til sig selv og forstå sig selv indskrænkes af diagnoserne (Brinkmann & Petersen 2015b, s. 352). Der er risiko for, at man efterlades i en form for offerrolle, hvor ens identitet og forståelse af ens selv knytter sig til diagnosen (Jørgensen 2015, s. 310). Såvel diagnose- som behandlingstendensen identificeres ligeledes i rapporten om Eksistenslaboratorium i Region Hovedstaden (Jørgensen et al. 2016, s. 12).

Så der synes altså at være en vis forventning om patienternes mulighed for at indgå i et partnerskab, samtidig med at der på baggrund af diagnosekulturen sker en umyndiggørelse af patienten.

Men hvad er “det eksistentielle” egentligt? Det eksistentielle er det, som vedrører noget så ukonkret som “livet” og “mennesket”. Det vedrører eksistensen – altså det, at noget er, samtidig med at mennesket skal forholde sig til, hvordan det vil være, når det er. I denne sammenhæng er det primære fokus den menneskelige eksistens. Den nok mest kendte eksistensfilosof, Søren Aabye Kierkegaard (1813-1855), har beskrevet den menneskelige eksistens som en bevægelse; at man er i vorden, undervejs og ufærdig. Den ufærdige eksistens stiller sig som problem eller opgave for den eksisterende selv.⁵ Inspireret af Kierkegaard siger en anden eksistensfilosof og psykiater, Karl Jaspers (1883-1969), at mennesket kan opfattes på to måder: Som objekt for forskningen og som eksistens for friheden. I friheden har mennesket den opgave at forholde sig til sig selv og tage ansvar for sig selv (Jaspers 1965, s. 49).

Den førnævnte forventning om patienternes partnerskab kan med andre ord siges at have baggrund i en eksistensforståelse, hvor den enkelte patient via empowerment forholder sig til sig selv og tager ansvar. Men der synes at være et benspænd herfor gennem diagnosekulturen, idet denne muliggør en identifikation med diagnosen, hvorved man potentielt fratages ansvar fra at skulle forholde sig. Så hvordan kan man som sundhedspersonale fremme en frisættelse af patienten, der kan løsrive denne fra det

⁵ Arne Grøn: eksistens i *Den Store Danske*, Gyldendal. Hentet 18. maj 2017 fra <http://denstoredanske.dk/index.php?sideId=69011>

diagnostiske sprog?

Nærværende speciale tager afsæt i en antagelse om, at den filosofiske tradition rummer særlige ressourcer i forhold til at forstå, hvordan man kan tænke denne løsrivelsesproces. Eksempelvis kan Platons (427-347 f.kr.) hulelignelse om, hvordan mennesket via jordemorkunsten løsrives fra sine lænker for at bevæge sig ud af hulen, læses som et bud på denne løsrivelse (Platon 2007, 514a-520a). Den tyske filosof, Martin Heidegger (1889-1976), tilbyder med sin læsning af denne hulelignelse et bud på, hvordan den mere frigørende løsrivelsesproces skal forstås; nemlig som dannelse. Dannelse handler for Heidegger om overgange fra en forståelse til en anden som en slags sandhedsproces, mennesket er frit til at foretage. Heidegger sammenkobler dermed frihed, sandhed og dannelse (Heidegger 1940, s. 22+25+30). I denne forståelse af dannelse kan frisættelsen bestå i at foretage en overgang fra en forståelse til en anden, således at man binder sig til en ny og i Heideggers optik mere sand forståelse. Men dannelsen kræver en indsats fra patienten. Som oplysningsfilosoffen, Immanuel Kant (1724-1804), skriver, kræver oplysningen, at man har modet til at gøre brug af sin egen fornuft uden ledelse af andre (Kant 1783, s. 71). Og som nævnt påpeger Jaspers, at eksistensen har frihed til at forholde sig til sig selv og tage ansvar for sig selv. Med andre ord er de krav, der stilles til patienterne i en dannelsesproces, at man skal have modet til at tænke selv, man skal kunne tage ansvar, og man skal kunne overtage den forståelse, der kommer til patienterne og bliver deres.

Men spørgsmålet er, om det er alle patienter, der oplever et behov for at blive dannet i ovenstående forståelse? Og om patienterne overhovedet opdager den potentielle umyndiggørelse, der ligger i diagnosekulturen. Formodentligt ikke, men her kunne der argumenteres for, at det bliver sygeplejerskens mere pædagogiske rolle at være facilitator, således at muligheden for dannelsen kan vise sig.

At eksistere er på latin ex- (ud fra) og sistere (stå) (Lübke 2010, s. 166). Det vil sige, at man som eksistens "står ud fra noget", men hvad er det for en situation man står ud fra som patient i sundhedsvæsenet? Et bud herpå kunne være Jaspers' begreb om eksistentielle grænsesituationer, hvilke forstås som bestemte grundvilkår for det at være menneske; nemlig at vi skal dø, vil lide, må kæmpe, er underkastet tilfældet og indvikler os i skyld (Jaspers 1965, s. 18). Jaspers beskriver, hvorledes eksistensen kan tilsløre disse grænsesituationer eller

vælge at forholde sig til dem via en slags oplysnings- eller dannelsesproces. Ethvert menneske må ifølge Jaspers selv fuldbyrde den filosofiske tænkning, der knytter sig til disse grænsesituationer, men det sker via kommunikationen med andre mennesker (Ibid. s. 10+18+23). Det vil sige, at det at filosofere hverken er isoleret til fagfilosofiske universiteter eller mennesker med særlige intellektuelle forudsætninger, men noget man er kvalificeret til ved at være et menneske.

Udfordringen i en sundhedsfaglig sammenhæng kan være, at diagnosekultur og prioritering af behandlingsopgaven hindrer den dannelsesproces eller oplysning, grænsesituationen anses for at være.

Nu er der selvfølgelig mange måder, man konkret ville kunne arbejde på at skabe rum for mere eksistentielle refleksioner hos patienterne, men den tilgang, jeg i dette speciale især vil være optaget af, er den filosofiske praksis. Den filosofiske praksis er en særlig samtalefunderet tradition introduceret af filosofen, Gerd Achenbach (1947), i starten af 1980'erne.⁶ Han beskrev senere i 2001 begrebet, *Lebenskönnerschaft*, som målet for den filosofiske praksis, der direkte oversat henviser til en livskunnen eller et livsmesterskab (Achenbach 2002, s. 9).

Så hvordan hænger et fokus på livskunnen sammen med sundhedsvæsenets opgaver? Trods manglende konsensus om den konkrete *metode* blandt de filosofiske praktikere er det blevet påpeget, at den filosofiske praksis ikke skal forstås som en slags filosofisk terapi, og dermed kan det ikke være et behandlingstilbud, hvis man antager, at terapi er behandling (Lahav 1996, s. 261). Vi må derfor placere den filosofiske samtale i sundhedsvæsenet under én af de andre mere rehabiliterende, sundhedsfremmende, forebyggende eller lindrende tiltag.

Livskunnen som målet for den frisættende dannelsesproces er væsensforskellig fra det at *mestre* livet for at anvende et mere psykologisk begreb. Der stilles et andet krav til mennesket i en livskunnen. Et krav om at tage ansvar for sit liv i stedet for at lade sig lede af de tilfældige omstændigheder, der bryder med ens livsførelse:

"Whereas the therapist's client assumes that life is something which 'normally' succeeds as long as he is not hindered or exposed to bad influences, the visitor to a Philosophical

⁶ http://www.achenbach-pp.de/de/philosophischepraxis_text_was_ist.asp

Practice has a feeling that life has to be led, to be mastered if it is to be successful”
(Achenbach 2002, s. 8).

Achenbach påpeger desuden, at den filosofiske praktiker blot kan hjælpe gæsten til denne livskunnen, men at arbejdet og læringen kun kan foregå i gæsten (Ibid. s. 12). Inspireret af Achenbach forsøger lektor Christian Lystbæk at koble sygepleje og filosofisk praksis. Han skriver, at sygeplejerskens pleje og omsorg har karakter af filosofisk refleksion, der retter sig imod patienternes hele livssituation med det sigte at hjælpe patienten til at forstå sig selv og sin situation. Der mangler dog en beskrivelse af, hvorledes det mere konkret skulle foregå (Lystbæk 2002, s. 50-54). Men det er med andre ord ikke fuldstændigt fremmedartet at tænke en mere sygeplejefaglig filosofisk praksis.

I Danmark er især professor Finn Thorbjørn Hansen (1963-) kendt for at arbejde med den filosofiske praksis i sundhedsvæsenet – ofte med udgangspunkt i sygeplejersker. Hans særlige sokratiske undringsfællesskab søger at skabe en dialog og forbundethed med livet som en vej mod visdom og dannelse (Hansen 2016, s. 104-105). Det er tidligere afprøvet på Anker Fjord Hospice (Hansen 2016) og er aktuelt under afprøvning via et forskningsprojekt med sygeplejersker fra Silkeborg Sygehus og Silkeborg Kommune.⁷ Min praktik på forrige semester var som led i dette forskningsprojekt, hvorfor jeg i den forbindelse afprøvede denne form for filosofisk undringspraksis. At undre sig over, *at noget er* som led i en filosofisk dannelse via en dialog og forbundethed med verden, er naturligvis relevant for sundhedsvæsenet. Men Hansens udgangspunkt - inspireret af blandt andet K. E. Løgstrup (1905-1981) - er, at livet per definition vil én noget godt (Hansen 2008, s. 143). Og det er min erfaring fra praksis, at det ikke nødvendigvis er sådan, at patienter, der ligger forpinte i hospitalssengen, oplever livet. Nogle gange nærmest tværtimod. Ziethen påpeger ligeledes den manglende fokus på lidelse i Hansens tilgang. Han skriver, at livet både kan være noget venligt og brutalt, vildt og smukt, givende og nedbrydende på samme tid (Ziethen 2014, s. 57). Altså må en filosofisk praksis rettet mod sundhedsvæsenet kunne rumme, at livet i sin struktur er antinomisk. Ziethen skriver desuden, at de mange filosofiske praktikere blot har antaget, at mennesket er frit, uden at forholde sig specifikt til den menneskelige frihed (Ibid. s.

⁷ <http://www.hospitalsenhedmidt.dk/afdelinger-og-centre/center-for-planlagt-kirurgi/forskningsenheden/igangvarende-forskning/copingsprojekter-cpk/>

45). Det kunne derfor være relevant for en filosofisk praksis i sundhedsvæsenet at forholde sig til, hvad vi skal forstå ved tanken om, at mennesket er frit, og hvordan denne forståelse kan omsættes til patienter i eksistentielle grænsesituationer.

På baggrund af ovenstående ender vi dermed ud i følgende målsætning for specialet.

1.1 Målsætning

Målet med specialet er:

- 1. At redegøre for hvad det er for en situation patienterne befinder sig i. Herunder hvad der forstås ved grænsesituationerne og diagnosekulturen og hvorledes disse påvirker patientens muligheder for at tage ansvar for eget liv.*
- 2. At diskutere hvilke krav der stilles til patienterne, der skal indgå i en frigørende dannelsesproces, herunder at have modet til at gøre brug af sin egen fornuft og at have frihed.*
- 3. At tilbyde metodiske anvisninger inden for rammen af den filosofiske praksis for den sygeplejerske, der ønsker at arbejde med en frisættende dannelsesproces*

2. Metode

2.1 Strukturen

Ovenstående målsætninger søges der svar på via et litteraturstudie som inddeles i tre kategorier; **Situationen**, **Gæsten** og **Værten**. Disse kategorier vil sætte rammen om besvarelsen. Begreberne, gæsten og værten, er lånt fra Achenbach⁸, som bruger disse til at beskrive de roller, der ligger i den filosofiske praksis. Strukturen er valgt for at give bedst mulig udfoldelse af problemstillingen, velvidende at det kan være vanskeligt helt at undgå at

⁸ http://www.achenbach-pp.de/de/philosophischepraxis_text_was_ist.asp

nærme sig værtens rolle, mens man skriver om gæsten og omvendt.

Specialet starter med en analyse og diskussion af selve den **situation**, vi møder patienterne i, når de kommer til sundhedsvæsenet. Dette med henblik på at give en kontekst til den videre diskussion. Jeg har valgt, at strukturen herefter skal fortsætte med en analyse og diskussion vedrørende **gæsten**, som i dette tilfælde er patienten. Dette med henblik på at etablere det "basiskrav" der stilles til patienten som gæst i den filosofiske praksis. Dette basiskrav skal jeg bruge i sidste del af specialet til at diskutere **værtens** rolle. Opbygningen af specialet på denne måde er tænkt som en tretrinsraket, hvor man bruger de foregående trin som led i næste trins udfoldelse. Vi lander derfor først i situationen, derefter ser vi på den enkelte gæst, for så til sidst at se på hvordan man som sygeplejerske i sundhedsvæsenet kan gribe en filosofisk praksis an. Jeg har valgt, at den sidste del af specialet skal være handlingsanvisende i den grad, det nu lader sig gøre ud fra dette emne. Grunden hertil er, at jeg ønsker at kunne anvende dette speciale i praksis og vil gerne kunne bidrage med nogle konkrete bud på, hvordan man kan omsætte de mange filosofiske tanker til praksis. Velvidende at filosofi ikke lader sig handlingsanvise a la en manual, men mere kan antyde en retning.

Afsnittene er opbygget som en vekselvirkning mellem teori og praksis, så der vil først redegøres for et teoretisk perspektiv, som herefter vil overføres til en sundhedsfaglig sammenhæng. Der vil dog undervejs inddrages supplerende teoretiske perspektiver i de mere praksisrettede afsnit for at tilbyde en yderligere udfoldelse af problemstillingen.

Jeg har ligeledes valgt at inddrage konkrete eksempler fra min egen praksis som sygeplejerske undervejs i udfoldelsen.

2.2 Indholdet

For at svare på første del af målsætningen med dette speciale, om hvad det er for en **Situation**, patienterne befinder sig i, inddrages i første omgang Jaspers' grænsesituationer (Jaspers 1965, s. 18). Dette med henblik på at forstå den kontekst og situation, patienterne står i, i mødet med sundhedsvæsenet. Valget er faldet på Jaspers' begreb om grænsesituationer, idet han påpeger en mulig åbning for en filosofisk refleksion og frihed i mødet med disse grænser (Ibid. s. 18). Til at beskrive, hvad Jaspers forstår ved

grænsesituationerne, anvendes af primærlitteratur de nedskrevne radioforedrag: *Hvad er filosofi?* (Jaspers 1965) og *Psyhologie der Weltanschauungen* (Jaspers 1919) og som sekundærlitteratur bogen, *Karl Jaspers liv, samtaler og tænkning* (Mortensen 2014).

Som et yderligere perspektiv på situationen inddrages Brinkmann & Petersens antologi om Diagnosekulturen (Brinkmann & Petersen 2015a). I herværende speciale anses patienten som et sprogligt og kulturelt væsen, der lader sig påvirke af den diskurs, der foregår i samfundet. Med andre ord kan patienten som led i den situation, denne står i lade sig påvirke af en diagnosekultur og -diskurs, og potentielt umyndiggøres heraf. Dette perspektiv anses som vigtigt i forhold til at forstå de potentielt hæmmende faktorer i forhold til at arbejde med en frigørende dannelsesproces.

Til at besvare anden del af målsætningen omkring, hvilke krav der stilles til **Gæsten**, vælger jeg at inddrage Kants *Besvarelse af spørgsmålet: Hvad er oplysning?* (Kant 1783). Jeg vælger at inddrage denne tekst for at sætte fokus på modet til at tænke selv uden ledelse af andre som en opfordring til at komme ud af en selvforskyldt umyndiggørelse. Kant betoner i denne tekst modet og viljen til at ville tænke selv, og det er dette mod, jeg vil anvende som en opfordring til gæsten – i dette tilfælde patienten. Det anses som den enkelte patients eget valg og eget ansvar at indgå i en mere oplysende og frigørende dannelsesproces. Med andre ord kan sygeplejersken ingen vegne nå, hvis ikke patienten grundlæggende har en indstilling om ikke at lade sig umyndiggøre. En anden læsning af teksten kunne være, at mennesket ifølge Kant umyndiggøres ved, at man ikke laver en kritik af fornuftens tendens til dogmatik (Østergaard 2009, 6-7⁹). Jeg vælger ikke at anvende dette fornuftskritiske perspektiv, idet jeg ønsker at anvende Jaspers' mere kommunikative fornuftsforståelse.

Som en yderligere udfoldelse af kravene til gæsten inddrages herefter Jaspers' kommunikative fornuftsforståelse (Jaspers 1950, s. 30). Den mere kommunikative vinkel er relevant at inddrage, da det overordnede fokus i den filosofiske praksis netop er samtalen mellem gæsten og værten, og derfor skønnes Jaspers' kommunikative vinkel hensigtsmæssig i denne sammenhæng. Jaspers' beskrivelse af den sande oplysning bruges ligeledes til at

⁹ Idet der henvises til en e-bog angives der ikke sidetal men siderne er inddelt efter procenter, hvorfor 6-7 betyder 6-7 procent inde i e-bogen

beskrive, hvad det vil sige at gøre brug af sin fornuft gennem den filosofiske tro og det omgribende. Det eksistensfilosofiske perspektiv er valgt, da der heri er nogle bud på, hvad det sige at have frihed. Og hvad denne frihed betyder for de krav, der kan stilles til patienterne, når de anses som mere end blot nydelsesfulde biologiske dyr.

Til beskrivelse af frihed, den kommunikative fornuft og den sande oplysning tages der udgangspunkt i Jaspers' *Hvad er filosofi?* (Jaspers 1965), *Fornuft og Anti-fornuft i vor Tid* (Jaspers 1950) og sekundærlitteraturen *Karl Jaspers liv, samtaler og tænkning* (Mortensen 2014).

I forhold til **Værten** antager jeg et mere praksisrettet pædagogisk og handlingsorienteret fokus, hvor der søges svar på, hvad det vil sige at "føre" eller "følges med" andre mennesker. I første omgang vil jeg inddrage Achenbachs begreb, livskunnen. Han tilbyder nogle konkrete handlinger, idet han arbejder i praksis med den filosofiske praksis, og hans livskunnens-koncept indeholder en aktiv forholden sig til livet, som understøtter både Kants opfordring om at have modet, men også Jaspers' kommunikative fornuft og filosofiske tro.

Herefter inddrages Heideggers læsning af Platons hulelignelsen; "*Platons lehre von der Wahrheit*" (Heidegger 1940) første gang foredraget i 1930/31 og 1933/34. Foredraget blev nedskrevet i 1940 og findes i Heidegger M.: Wegmarken, Gesamtausgabe Bd. 9, Frankfurt am Main: Vittorio Klostermann 1996. Indholdet er identisk med enkeltudgaven af samme navn udgivet af A. Franke AG. Bern, og sidetallene i dette speciale referer til enkeltudgaven. Heidegger kobler frihed, dannelse og sandhed i Platons lehre von der Wahrheit (Heidegger 1940, s. 25+30) hvilket synes relevant, når det overordnede mål for patienten er en frigørende dannelsesproces. Jeg vælger at anlægge en mere pædagogisk læsning af denne tekst med henblik på at tilbyde metodiske anvisninger for den sygeplejerske, der ønsker at arbejde med en frisættende dannelsesproces.

Men først vil tretrinsraketten til en start fyres af med **Situationen**.

3. Analyse og diskussion

3.1 Situationenen

Udgangspunktet for mødet med patienterne i den filosofiske praksis i sundhedsvæsenet er sygdom og lidelse. Det er altså i den kontekst, samtalerne skal foregå, og derfor er det relevant som første projekt at kigge nærmere på, hvad der kendetegner den kontekst. I det følgende redegøres for grænsesituationerne, som Jaspers forstår dem, og de enkelte grænsesituationer gennemgås med udgangspunkt i, hvordan de aktuelt viser sig i sundhedsvæsenet. Hvordan patienten så mere konkret kan forholde sig til grænsesituationerne, vil fremgå af afsnit 3.2.5 - Den sande oplysning i sundhedsvæsenet.

I den sidste del af afsnittet om **Situationen** vil diagnosekulturen diskuteres med henblik på at nuancere den situation, der ligeledes skabes af den sproglighed og kultur, der er omkring patienterne.

Men inden vi lander i Jaspers' grænsesituationer, vil det være på sin plads med en kort overordnet præsentation af Jaspers' filosofiske udgangspunkt.¹⁰

Jaspers indtager en eksistensfilosofisk position, der anerkender videnskaben, men han anser ikke filosofi som en videnskab, men en kommunikativ praksis. Han introducerer grænsesituationerne, som er det enkeltes menneskes – eksistensens – mulighed for at forholde sig til sig selv i relation til transcendenten – et begreb, han anvender om den mulighed, at der kunne være en helt anden væren; noget, der går ud over alt det endelige, som er i stand til at give os en oplevelse af at have et ståsted i verden. Med transcendenten forstås det, der ligger uden for den menneskelige erkendelse. Jaspers kalder ligeledes dette for Gud, hvilket ikke skal forstås som en kristen Gud (mere herom i afsnit 3.2.5). Denne indre vished om transcendenten kan give eksistensen ro og fred og gøre det muligt at bære de lidelser, der findes i grænsesituationerne. I grænsesituationerne bliver vi konfronteret med livet som en helhed og ikke blot noget, vi rettes mod som en genstand, og derfor anser Jaspers subjekt-objekt-skellet for utilstrækkeligt til at kunne håndtere eksistensens relation til

¹⁰ Begreberne det omgribende, kommunikation, fornuft, den sande oplysning, transcendent og eksistens vil blive udfoldet yderligere i afsnittene 3.2.4 og 3.2.5 under Gæsten.

transcendensen. I stedet anvender Jaspers en filosofisk tro. Jaspers' fornuftsbegreb er inspireret af Kant, men har ikke den samme kritiske dimension, idet Jaspers anser fornuften som en kommunikativ evne til at tænke det omgribende.¹¹

Nu zoomer vi i første omgang ind på grænsesituationerne, som Jaspers beskriver dem.

3.1.1 Grænsesituationerne

Jaspers introducerer første gang grænsesituationerne i *"Psychologie der Weltanschauungen"* fra 1919¹². Initialt antager han derfor en psykologisk vinkel, men kobler senere disse grænsesituationer på sin filosofi. Helt grundlæggende mener han, at filosofien får sin plads i mødet med grænsesituationerne. De fungerer som en slags åbning for en anden type tænkning (Jaspers 1965, s. 20). Grænsesituationerne handler altså om de grundlæggende spørgsmål, der rejser sig, når verden går i stykker. Og man kan ikke forholde sig til dem rent teoretisk, men tvinges til at tage sin egen eksistens og den dermed forbundne frihed op til overvejelse.

*"Limit situations are moments, usually accompanied by experiences of dread, guilt or acute anxiety, in which the human mind confronts the restrictions and pathological narrowness of its existing forms, and allows itself to abandon the securities of its limitedness, and so to enter new realm of self-consciousness"*¹³

Grænsesituationerne er ofte ledsaget af rædsel, skyld eller angst, da mennesket bliver konfronteret med begrænsningerne i sin måde at tænke på. Dermed åbnes der op for en anden type tænkning (mere herom i afsnit 3.2.5 om Den sande oplysning).

Som nævnt er grænsesituationerne, at vi er underkastet tilfældet, at vi indvikler os i skyld, at vi vil lide, at vi må kæmpe og at vi skal dø (Jaspers 1965, s. 18). Disse udfoldes herefter med

¹¹ Thornhill, Chris, "Karl Jaspers", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2011 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <<https://plato.stanford.edu/archives/spr2011/entries/jaspers/>>.

¹² Jaspers K. (1919) *Psychologie der Weltanschauungen*.
<https://archive.org/details/psychologiederwe00jasp>

¹³ Thornhill, Chris, "Karl Jaspers", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2011 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <<https://plato.stanford.edu/archives/spr2011/entries/jaspers/>>.

udgangspunkt i, hvorledes de viser sig i sundhedsvæsenet aktuelt.

3.1.2 Grænsesituationerne i sundhedsvæsenet

Én af grænsesituationerne er, at vi er *underlagt tilfældet*:

"Thi alt kan til enhver tid komme til at se anderledes ud" (Jaspers 1965, s. 54).

Der er en upålidelighed over livet, og alt kan til enhver tid komme til at se anderledes ud. Denne grænse for det menneskelige liv kan virke både skræmmende og give utryghed, hvis man i det daglige liv oplever sig i kontrol. De eksistentielle konsekvenser af upålideligheden er afmagt, angst og fortvivlelse (Ibid. s. 16+18). Men selv fortvivlelsen bliver på grund af den kendsgerning, at den er en mulighed i verden, en vejviser ud over verden - altså mod transcendenzen (Ibid. s. 20). Livets upålidelighed kan give en grundlæggende oplevelse af utryghed, men i stedet for at være fastlåst i denne utryghed eller angst giver denne erfaring mennesket en mulighed for at forholde sig til sig selv.

At være underlagt tilfældet kan desuden virke en smule uretfærdigt. Når det kommer til sundhed og sygdom, er denne Jaspers-pointe meget væsentlig som en grunderfaring. Det er nemlig ikke altid ligeligt fordelt, hvem der bliver syge eller hvem der lider. Så også i forhold til sygdom er vi underlagt tilfældet. Den stærke naturvidenskabelige forankring, der er i sundhedsvæsenet med fokus på empirisk funderede, klinisk kontrollerede forsøg med patienterne, kan give det indtryk, at mennesket er i kontrol, når det kommer til udviklingen af sygdom og helbredelse. Og selvom der findes mange solide forklaringer, er der dog fortsat mange sygdomme, vi ikke forstår ætiologien af. Konceptet, "at gå til kontrol", kan ligeledes ses som et forsøg på sprogligt at give patienterne en oplevelse af tryghed i deres behandlingsforløb. "Opfølgning" ville måske være bedre valgt. Man kunne forestille sig, at patienterne kan blive endnu mere eksistentielt ramte af upålideligheden, hvis de ankommer til sundhedsvæsenet med en forventning om, at man her har alt under kontrol, og at det så viser sig ikke at være tilfældet.

Med andre ord vil grænsesituationen, at være underlagt tilfældet, som et eksistensvilkår være gavnligt for sundhedsvæsenet mere ydmygt at tage til sig – dog uden at stoppe med at forsøge at opklare sygdommenes mysterier.

Livsstilssygdomme er et begreb for sygdomme, der er direkte afhængige af, hvordan en person lever. Faktorer som overvægt, manglende fysisk aktivitet, rygning, overdrevet indtag af alkohol og stress er centrale årsager til at få livsstilssygdomme senere i livet¹⁴.

Med vinklingen på livsstil som baggrund for sygdomme kan det komme til at virke som om, at sygdom er selvforskyldt – hvilket det i nogle tilfælde også kan være. Så der kan naturligvis være noget om den form for skyld. Og det er netop en anden af Jaspers' grænsesituationer, *at vi indvikler os i skyld*.

Jaspers laver efter 2. verdenskrig i *Die Schuldfrage* fra 1946 en sondring mellem forskellige former for skyld (Mortensen 2014, s.108). En kriminel skyld, hvor man gennem en objektiv beviselig handling bryder loven. En politisk skyld, hvor det er ethvert menneskes medansvar som statsborger, hvordan det bliver regeret. En moralsk skyld, hvor jeg selv har ansvar for enhver handling og dømmes foruden af mig selv ligeledes af mine nærmeste. Som en sidste skyld er den metafysiske, hvor du via solidariteten mellem mennesker er medansvarlig for alle former for uretfærdighed i verden, herunder forbrydelser der sker i nutiden med ens vidende (Ibid. s. 108-109). Med de fire former for skyld må Jaspers således konkludere, at alle mennesker unægteligt indvikler sig i skyld på et eller andet tidspunkt i livet (Ibid. s. 116). Især den politisk og metafysiske skyld kunne være inspireret af de oplevelser, Jaspers og hans jødiske kone havde under 2. verdenskrig (Ibid. s. 107).

Et eksempel på den moralske skyld fra sundhedsplejen er rygende forældre med små børn. De fleste ved godt, at det er usundt at ryge, og at det også er usundt for deres børn at blive udsat for passiv rygning. Og alligevel gør de det. Med offentlig moraliseren og hetz mod rygerne, som burde vide bedre til følge (Thinggard 2007, s. 66). Altså nærmest en kollektiv afgivelse af skyld mod dem, der "vælger" at gøre sig selv eller andre syge på den ene eller anden måde. Så både på individniveau og som kollektiv er skyld som grænsesituation i sundhedsvæsenet forholdsvis tydeligt at finde. Den metafysiske skyld kunne muligvis findes i den store sociale ulighed i sundhed, en betegnelse for at jo dårligere borgerne er stillet socialt målt ud fra indkomst, uddannelsesniveau, beskæftigelse, etnicitet og boligforhold, jo højere sygelighed og

¹⁴ <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hjerte-og-blodkar/sygdomme/diverse/livstilssygdomme/>

dødelighed har de statistisk set.¹⁵

Vi har dermed som medborgere et ansvar for at gøre noget ved denne sociale ulighed i sundhed. Vi kan dermed indvikle os i en metafysisk skyld over ikke at gøre noget eller gøre nok for at rette op på denne form for ulighed.

At vi må lide er ligeledes en grænsesituation ifølge Jaspers (Jaspers 1965, s. 18). Jaspers nævner eksempelvis legemlig smerte, tab af den elskede, at ville og ikke kunne, fattigdom, krige, kulturers undergang og dødsangst (Mortensen 2014, s. 41).

Lidelse som grundfænomen er blevet behandlet i sundhedsvæsenet af sygeplejeteoretiker Katie Eriksson. Hun påpeger, at det er svært at finde en bestemt holdning til lidelsen:

”Det ene øjeblik er man indstillet på at se den som noget afgjort ondt, for så i det næste øjeblik at besmykke den ved at tillægge den mening” (Eriksson 2008, s. 15).

Der bliver lagt op til en meget subjektiv oplevelse af lidelse, og Eriksson tager da også sit udgangspunkt i det lidende menneske. Lidelsens ”hvad” er vanskelig at besvare, da det udspringer af det individuelle menneskes helt særlige lidelse. Lidelsens ”hvad” er derfor en karakteristik af hver enkelt lidelse (Ibid. s. 17). Det er naturligt for mennesket at søge forklaringer på lidelsen. Men lidelsens ontologi skal findes hinsides spørgsmålet ”hvorfor”, og det er først, når vi stopper med at spørge ”hvorfor?” og accepterer, at det er sådan, at vi har vundet den første kamp og fået frihed til at gennemlide det uundgåelige (Ibid. s. 36). Eriksson ligger sig i tråd med Jaspers’ karakteristik af grænsesituationerne som vilkår, der ikke ændrer sig, uanset hvor meget vi end gerne ville, at de gjorde. Som nævnt er vi i sundhedsvæsenet opdraget til at søge forklaringer i en årsag-virkning-optik med afsæt i naturvidenskabens stringens. Og i forhold til lidelsen kommer denne tænkning til kort. Mennesket risikerer ifølge Eriksson at blive fastholdt i sin lidelse, hvis det forsøger at forklare og finde årsager. Jaspers påpeger ligeledes, at efter religionens paradigme har trukket sig tilbage, er dette paradigme blevet erstattet af biologiens i forhold til lidelse. Hvor det tidligere var Gud, der udsagde lidelsens formål, er det nu biologiens forklaringsmuligheder, der giver lidelsen retning (Jaspers 1919, s. 221-222).

¹⁵ <https://www.sst.dk/da/planlaegning/ulighed>

Friheden i lidelsen finder mennesket ved at acceptere lidelsen som grundvilkår, og det er en vigtig pointe, når man ønsker at arbejde med den filosofiske praksis i sundhedsvæsenet. Nemlig at der findes lidelse, og at den formes af det enkelte menneske, men at den ligeledes bare er.

En anden grænsesituation for mennesket er, *at det skal kæmpe* (Jaspers 1965, s. 18). Alt er forbundet med sin modsætning, og der opstår uvilkårligt spændinger mellem disse modsætninger (Mortensen 2014, s. 45). Kampen kan forekomme på forskellige niveauer – socialt, kulturelt eller mere materielt. Et eksempel, Jaspers nævner, er kærligheden (Jaspers 1919, s. 27-28). Indlejret i kærligheden findes en kamp om at bevare sig selv i relationen til den anden. Men også i biologien genfindes kampen på materieniveau. Celler nedbrydes, og andre opbygges – den ultimative kamp på celleniveau kan være den abnorme celledeling, cancer består af. Cancercellerne ender som vindere af kampen over de andre celler, med mindre der naturligvis kan findes en behandling. Sagt på en anden måde: I sundhedsvæsenet foregår der en kamp mellem sygdom og raskhed. Altså befinder mennesket sig i en kamp, som er et vilkår, vi ikke blot kan vælge fra, og denne kamp er ligeledes tilstede i sundhedsvæsenet.

Den nok mest ultimative grænse for menneskets eksistens findes i *døden*, og Jaspers påpeger, at man ikke selv erfarer døden, men kun de levendes forhold til den. Døden er en grunderfaring for den menneskelige eksistens, men man kan leve i ligegyldighed eller bilde sig selv ind, at man ikke skal dø (Jaspers 1919, s. 230). Døden er nærværende som et vilkår i sundhedsvæsenet hele tiden, og dog synes den ikke at få megen fokus. Gennem de seneste 20 år er prioriteringen af palliative indsatser – herunder opbygning af hospicetilbuddet – steget. Alligevel halter Danmark bagud hospicemæssigt i forhold til andre europæiske lande.¹⁶ Det kunne tyde på et sundhedsvæsen, der prioriterer behandlingsopgaven højere end den palliative og lindrende indsats. Den 16. januar 2017 viste TV2 Nyhederne et indslag om genoplivning ved hjertestop af en 71-årig mand. I interviewet siger manden:

...”(...) det er simpelthen en dødsstraf at lave over et levende menneske”¹⁷

¹⁶ <http://www.hospiceforum.dk/page457.aspx?recordid457=357>

¹⁷ <http://nyheder.tv2.dk/lokalt/2017-01-16-laegerne-vil-ikke-genoplive-71-aarige-erik-det-er-simpelthen-en-doedsstraf>

For ham var dødsstraffen givet af lægernes vurdering af risikoen for et dårligt resultat af en genoplivning ved et hjertestop. Den pågældende mand havde forsøgt at få omgjort vurderingen i journalen, da han ville tilbydes genoplivning, uanset hvilket outcome der måtte være ved det. Det interessante ved ovenstående citat er, at mandens fokus primært er på lægernes vurdering og ikke på det faktum, at han er svært syg og sandsynligvis vil dø af denne sygdom. Det virker ikke til at være livets vilkår, at man skal dø, men at det er lægernes vurdering af den manglende genoplivning, der giver dødsdommen. Er sundhedsvæsenet med så mange behandlingstilbud havnet i en situation, hvor patienterne ikke accepterer, at døden ikke også kan behandles væk? Har vi lovet mere, end vi kan holde? Forventer patienterne, at de slipper levende herfra? De mange indsamlinger for døende patienter, der er blevet lovet behandling i privatregi i udlandet kunne pege i den retning. Ved at nægte døden som grundvilkår søger man livsforlængende behandling og bevarer derved et håb om liv, hvor der dybest set ikke er det. Omvendt kunne det også være et udtryk for manglende tillid til sundhedsvæsenet, at patienterne aktivt opsøger andre muligheder. Men døden er én af de stærkeste grænsesituationer, vi oplever i sundhedsvæsenet – der er blot en tendens til, at vi ikke ser det som en reel grænse for os.

Jaspers skriver, at mennesket er blevet klogere af at møde grænserne:

”Truslen tilskynder det til at sikre sig. Menneskeligt fællesskab og beherskelse af naturen skal garantere tilværelsen” (Jaspers 1965, s. 18).

Men pointen er netop, at der er ting, vi ikke kommer til at beherske, og døden er én af disse. Så genoplivning er altså ikke en garant for liv. Genoplivning er en behandling, som lykkedes mange gange med succes, hvor man ”snyder manden med leen”. Og i disse tilfælde er der jo faktisk tale om en nærmest ultimativ beherskelse af naturen. Og derfor er det jo forståeligt, at mennesket søger denne beherskelse i den grænsesituation, som døden er. Ikke desto mindre er det en illusion, da døden altid ifølge Jaspers vil være en grænsesituation og dermed ikke noget, man behandler sig ud af. Et vilkår, man hele tiden skal forholde sig til.

Hvis vi har modet til at forholde os til vores undergang utilsløret og have dette for øje som en naturlig grænse for vores liv, giver det mulighed for en mere åndelig vækst (Jaspers 1965, s. 20). Man kan måske ane, hvad der trods en overvældende intethedsoplevelse rent faktisk eksisterer på trods af og over alt det forsvindende værende. Men vi kan også vælge at tilsløre disse grænsesituationer (Ibid. s. 18+20). Og spørgsmålet er, om ikke ovenstående gennemgang af grænsesituationerne i sundhedsvæsenet peger i retning af, at vi faktisk tilslører grænsesituationerne? Ved at tilgå grænsesituationerne som noget, der kan behandles væk gennem en naturvidenskabelige tilgang, tilslører vi den åbning eller kilde til oplysning, de af Jaspers' anses for at være. Hvis vi følger den argumentation, kunne man diskutere, hvorvidt patienten i mødet med grænsesituationerne umyndiggør sig selv, idet de ikke forholder sig til dem, sådan som Jaspers mener, der er mulighed for. Jaspers skriver nemlig, at vi kan vælge at gribe grænsesituationerne, fortvivle og derved genfødes, men uanset hvad vi vælger, repræsenterer de en overvældende magt over os (Jaspers 1965, s. 18+20). Og hvad vil det så sige, at man griber noget, fortvivler og genfødes? Ordene afslører en aktiv proces, hvor man i stedet for at tilsløre vilkårene faktisk er opsøgende i forhold til det potentiale, der ligger i disse situationer, på trods af, hvor fortvivlende det så end måtte være. Denne aktive proces kunne ses en oplysningsproces, hvilket Kant og Jaspers i afsnit 3.2 om Gæsten vil hjælpe med at udfolde. Men inden vi når dertil, skal vi først forbi begrebet om diagnosekultur.

3.1.3 Diagnosekulturen

Som en yderligere udfoldelse af **Situationen** vil diagnose-kulturen nu blive redegjort for, således som den argumenteres for af Brinkmann & Petersen (Brinkmann & Petersen 2015a). Det er relevant at inddrage dette perspektiv, da den kultur og diskurs, som patienten og sygeplejersken er indlejret i, ligeledes anses som havende en påvirkning på, hvordan man forholder sig til sig selv i grænsesituationerne.

Brinkmann & Petersen er primært optaget af de psykiatriske diagnoser, men påpeger selv, at flere af analyserne ligeledes er relevante for somatikken (Brinkmann & Pedersen 2015a, s. 8). I Danmark arbejder sundhedsvæsenet med udgangspunkt i WHO's diagnosesystem ICD-10¹⁸,

¹⁸ <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

som står for International Classification of Diseases, der er under revision. Den nye ICD-11 forventes at være færdig i 2018. Inden for de psykiatriske lidelser arbejdes der foruden ICD-10 med DSM-5, der stammer fra USA og retter sig imod de psykiatiske lidelser. Der ses en næsten tredobling af mulige diagnoser i DSM, siden den første gang blev offentliggjort i 1952 (DSM-1) til den nyeste udgave fra 2013 (DSM-5) (Thomsen 2015, s. 153). Dette kan naturligvis ses som udtryk for, at sundhedsvidenskaben er under fortsat udvikling, så nye diagnoser og behandlingstilbud opstår. Men det kan også ses som et udtryk for en anden form for diskurs, når fokus rettes på menneskelig lidelse. Brinkmann & Petersen påpeger i den forbindelse, at stadig flere af tilværelsens områder præges af en diagnostisk logik, når det konstateres, at mennesker har problemer, hvilket blandt andet viser sig i vores dagligsprog, hvor diagnostiske termer glider ind og anvendes til forståelse af mange forskellige livsfænomener (Brinkmann & Petersen 2015a, s. 7-8).

Diagnosekulturens væsentligste træk er det særlige psykiatriske blik på menneskelig lidelse og afvigelse, som potentielt overskygger andre forståelser, eksempelvis moralske, religiøse, sociale eller psykologiske. Der ses en magt forbundet med denne diagnosekultur:

“Selv om psykiatriske diagnoser er udviklet som arbejdsredskab til for læger og psykiatere, anvendes de i moderne velfærdsstater også ofte som reguleringsmekanisme i forhold til tildeling af privilegier og ressourcer, herunder adgang til orlov, pensioner, behandling og legitim sygdomsadfærd” (Ibid. s. 8).

Denne reguleringsmekanisme indeholder en magt, som skaber en legitimering af selve diagnosekulturen. Vi har brug for dette sprog til at tildele ressourcer til dem, der trænger. Men omvendt har mange også glæde af det sprog, diagnosekulturen skaber, i forhold til at finde en årsag til, hvorfor man er anderledes eller forpint. Diagnosen kan give en oplevelse af mening og orden. Man kan føle sig set, hørt og forstået, fordi man kan genkende sig selv og sine vanskeligheder i diagnosen. Det kan ligeledes opleves som en anerkendelse af ens problematikker at få en diagnose og give et håb om, at der kan gøres noget for at afhjælpe den forpinte. Det kan ligeledes også lette en eventuel skyld over ikke at kunne honorere egne eller andres forventninger (Jørgensen 2015, s. 309). Altså - det er ikke noget, jeg bilder mig ind, at jeg er syg, og jeg kan ikke gøre for, at jeg ikke kan leve op til de præstationsforventninger, jeg selv og andre har. Men diagnoserne er ikke helt problemfrie. Det kan ligeledes opleves som en

dom at få en diagnose, der endegyldigt slår fast, at “der er noget grundlæggende galt med mig”, og at man er et mangelfuldt eller fejlbehæftet menneske, der adskiller sig negativt fra andre “normale og velfungerende” personer. En diagnose kan svække den enkeltes oplevelse af kontrol over eget liv, og påvirke til en udvikling af en offeridentitet. Nogle mennesker med en særligt ustabil følelse af, hvem de er, kan være modtagelige for, at en diagnose bliver omdrejningspunktet for deres identitet og selvforståelse (Jørgensen 2015, s. 310). Sagt på en anden måde: Man bliver ét med sin diagnose. Jeg er ADHD’er, eller jeg er cancerpatient. Med diagnosekulturen risikerer vi at ændre menneskets syn på sig selv via en patologisering af alle former for lidelse. Men vi risikerer også en umyndiggørelse af mennesket, som identificerer sig med sin diagnose. Man er ikke længere et menneske *med* en diagnose, men et menneske som *er* sin diagnose. På sin vis kunne behovet for diagnoserne ses som en måde at flygte fra at blive sig selv.

Brinkmann & Petersen påpeger, at der er et paradoks indlejret i diagnosekulturen: På den ene side gøres borgerne i stigende grad ansvarlige for deres eget liv og sundhed, og på den anden side sker dette ofte gennem en diagnostisk logik, der i samme bevægelse kan risikere at tage ansvaret fra netop borgeren (jf. ovenstående). Psykopatologien er i dag ofte knyttet til manglende formåen om at leve op til kravene om at fungere adækvat på arbejdsmarkedet (Brinkmann & Petersen 2015b, s. 352). Hermed peges der på en mere samfundsmæssig sammenhæng.

“Men paradokset består så i, at den diagnostiske tænkning, der er en vigtig diskurs i det neoliberale sundhedsregime, også konstant tager ansvaret fra individerne” (Ibid. s. 352).

Man ansvarliggøres og umyndiggøres på samme tid. Et eksempel herpå kunne være, at man ikke kan få kontanthjælp, hvis ikke man spiser sine antidepressive piller, såfremt lægen har vurderet, at det er det, der er behandlingen. At du er depressiv, er dit ansvar, men hvis du er afhængig af den økonomiske støtte i kontanthjælpen, risikerer du at blive umyndiggjort. Der er gennem de senere år satset massivt på naturvidenskaben, som forklaringsmodel til de menneskelige lidelser. Optimalt set ville man være i stand til at identificere biomarkører for alle former for lidelser, inklusiv de psykiatriske. Brinkmann & Petersen forstår denne naturvidenskabelige søgen efter biologiske forklaringsmodeller som et udtalt essentialistisk sygdomsbegreb, hvor en psykisk lidelse kan defineres ud fra bestemte dysfunktionelle træk i

centralnervesystemet (Ibid. s. 356).

Det essentialistiske sygdomsbegreb er beskrevet af Etisk råds publikation "Hvad er sygdom?"¹⁹ som værende, at sygdomme opfattes som veldefinerede og velafgrænsede enheder i kroppen, påviselige fra gentest eller kemiske processer i hjerne. Men der er nogle former for lidelse, der ikke efterlader biomarkører, og derfor anser Brinkmann & Petersen den naturvidenskabelige søgen som utilstrækkelig. Fokus skal fremadrettet i stedet ligge på diskussionen af selve forståelsen af sygdomsbegrebet (Brinkmann & Petersen 2015b, s. 358).

Som følge af en stigende patologisering af enhver form for menneskelig lidelse, og at diagnostiske termer glider ind i vores dagligsprog, ses en potentiel umyndiggørelse af patienten. Der søges efter naturvidenskabelige forklaringsmodeller gennem biomarkører, og sygdom anses som afgrænsede enheder i kroppen og dysfunktionelle træk ved centralnervesystemet. Med disse pointer retter vi nu fokus mod, hvilken betydning ovenstående kan have for den situation, den enkelte patient befinder sig i, i mødet med sundhedsvæsenet i grænsesituationerne.

3.1.4 Diagnosekulturens umyndiggørelse

Diagnosekulturen påvirker som sagt den måde, hvorpå der tales om menneskelig lidelse i samfundet generelt og således også i sundhedsvæsenet. Det stigende antal i mulige diagnoser tyder på et øget forklaringsbehov når mennesker har det svært. Og risikoen ved at tilbyde diagnoser for alt mulig afvigelse fra "normen" er, som Brinkmann & Petersen påpeger, en umyndiggørelse af patienten (Brinkmann & Petersen 2015b, s. 352). Man skaber en afhængighed af at have dette sprog for lidelse, da det synes at være dér, legitimeringen af at have det skidt, ligeledes findes. Og derfor bliver det vanskeligt at have det svært uden at have en diagnose. Eller man vænner sig til, at det at have det svært er det samme, som at der er noget galt, der kunne diagnosticeres.

Der er meget på spil for den enkelte patient - både forståelse af sig selv, men også adgangen til behandling og eventuelt økonomisk støtte findes gennem diagnosesproget.

¹⁹ <http://www.etiskraad.dk/~media/Etisk-Raad/Etiske-Temaer/Diagnoser/Publikationer/2016-Baggrundstekst-3-Hvad-er-sygdom.pdf?la=da>

Et eksempel kunne være forskningsdiagnosen, "funktionelle lidelser", der er en samlet betegnelse for flere forskellige kropslige symptomer, men hvor årsagen ikke kan påvises empirisk²⁰. Det er en vanskelig diagnose for patienterne at få, og flere oplever sig både stigmatiseret og mistænkeliggjort²¹. Man kunne forestille sig, at de føler sig mistænkeliggjorte, fordi sundhedsvæsenet udelukkende er indstillet på at arbejde med det, der lader sig bevise empirisk. Og andre fænomener har vi ikke et sprog for i den diagnostiske logik. Men patienterne er jo forpinte, uanset om vi kan påvise det empirisk eller ej. Brinkmann & Petersen synes at have en pointe i, at naturvidenskaben alene ikke er tilstrækkelig, når vi i sundhedsvæsenet skal behandle, forebygge, sundhedsfremme, rehabiliterer og lindre det hele menneske. Men naturvidenskaben må siges at være den mest brugte videnskilde i sundhedsvæsenet i dag.

Som eksempel kan nævnes forskningen i epigenetik, som ser på, hvilken betydning miljøet har for vores gener. Traditionelt har gener været anset som uforanderlige, men den nyeste forskning påviser, at det kun gør sig gældende ved omkring 2 procent af vores gener. Resten kan "tændes" og "slukkes" og dermed ændre funktion. Det er en slags kodning af vores DNA, som afgør, hvordan vores arvemasse kommer til udtryk i praksis, og denne kodning er påvirkelig af fysiske såvel som psykiske faktorer. Vi arver med andre ord de blå øjne fra vores forældre, men det tyder således også på, at vi arver tendensen til at udvikle en øget sårbarhed over stress, hvis vores forfædre var udsat for eksempelvis krigstraumer. Der tales således om "transgenerationelle traumer", hvor man kan måle en ændring i stresshormonet, Cortisol, flere generationer efter, at en person var udsat for et krigstraume.²² Der forskes med andre ord kontinuerligt i forståelsen af det biologiske menneske. Og dertil hører diagnosesproget. Men hvor efterlader det den enkeltes ansvar for sig selv? Hvis alle former for menneskelig lidelse kan forklares ud fra eksempelvis epigenetik - at det er noget, jeg har arvet fra mine forfædre - hvad gør jeg så ved det? Eller hvad kan jeg gøre ved det? Det positive ved at forstå sig selv som en slags arvemasse på godt og ondt fra sine forfædre kunne være, at man oplever en større familiær sammenhæng, der tager toppen af den mere individualistiske

²⁰ <http://funktionellelidelser.dk>

²¹ <http://funktionellelidelser.dk/for-patienter-paaroerende/hvis-du-er-patient/>

²² <https://www.kristeligt-dagblad.dk/liv-sjael/hvis-traumer-gaar-i-arv-i-hvor-hoej-grad-er-vi-saa-vores-fortid>

sygdomsopfattelse, der aktuelt ses. Det negative er risikoen for umyndiggørelsen af den enkelte. At man forstår sig selv som et produkt af et forgangent krigstraume og derved ikke kan handle anderledes. Langt de fleste familier har jo haft modgang - måske ikke alle har krigstraumer, men andre former for svære oplevelser, hvis man går flere generationer tilbage. Så hvad skal vi med den viden? Det er potentielt en determinisme, der kan umyndiggøre det enkelte menneske. Og den umyndiggørelse understøtter den naturvidenskabelige sygdomsforståelse.

Afslutningsvist er den væsentligste pointe fra diagnosekulturen, at patienten umyndiggøres. Det sprog, vi anvender til at forstå og tale om menneskelig lidelse som diagnoser, kan skabe en passivitet og ansvarsfralæggelse for patienterne. Patienten ses som et sprogligt og kulturelt menneske, der naturligvis bliver påvirket af den dagsorden og diskurs, der aktuelt gør sig gældende i samfundet generelt.

3.1.5 Delkonklusion på Situationen

Grænsesituationerne fungerer som en slags åbning for en filosofisk tænkning, der er anderledes end den videnskabelige. I forhold til sygdom er vi underlagt tilfældet, men sundhedsvæsenet kan efterlade det indtryk, at vi faktisk har kontrol over meget mere, end vi i virkeligheden har. Vi indvikler os ligeledes i skyld, når det kommer til udviklingen af sygdom. Og lidelse findes i høj grad også i sundhedsvæsenet, og hvor det før var religionen, man søgte for at forstå lidelsen, er det nu biologiens forklaringsmuligheder, der giver lidelsen retning. Lidelsen skal derfor genopdages som et vilkår. Kampen findes ligeledes som grundvilkår, både på celleniveau og i forholdet mellem sygdom og raskhed. Selvom døden er tilstede som grundvilkår hele tiden i sundhedsvæsenet, ses der en tendens til, at døden ignoreres eller forsøges behandlet væk. Der synes at være en tendens til, at grænsesituationerne anses som noget, der kan behandles væk. Qua den naturvidenskabelige tilgang tilsløres den åbning, der potentielt kan findes i grænsesituationerne.

Vi er indlejret i en diagnosekultur, hvor menneskelig lidelse præges af en diagnostisk logik, som viser sig i vores daglige sprog, hvor diagnostiske termer anvendes til at beskrive de vilkår, vi står i. I denne diagnosekultur umyndiggøres patienterne. Der forskes efter naturvidenskabelige forklaringsmodeller, hvor sygdom forstås som afgrænsede entiteter. Men

denne tilgang kan ikke rumme de mange tilstande, hvor mennesker har det svært, uden at der findes en diagnose for det. Epigenetisk forskning understøtter ligeledes umyndiggørelsen. Men som vi skal se i det følgende afsnit om gæsten, har mennesket et valg i forhold til at forholde sig til grænsesituationerne. Og det valg handler i høj grad om at have modet til at gøre brug af sin egen fornuft uden ledelse af andre.

3.2 Gæsten

Det følgende vil tage udgangspunkt i Kants "Hvad er oplysning?" (Kant 1783). Kant betoner i denne tekst modet og viljen til at ville tænke selv, og det er dette mod, jeg i det følgende vil anvende som en opfordring til gæsten – i dette tilfælde patienten. Dernæst vil jeg inddrage Jaspers' kommunikative fornuftsforståelse og hans bud på, hvad den sande oplysning skal indeholde. Dette med henblik på at svare på, hvad det vil sige at have frihed som den anden del af de krav, der stilles til patienten.

Men først en ultrakort placering af Kant i det filosofiske landskab.

Kants filosofiske udgangspunkt er en kriticisme, der søger en syntese af den rationalistiske dogmatik og den empiristiske skepticisme ved at foretage en "kopernikansk vending", hvor fokus ændres fra de erfarede genstande til erfaringen selv. Foreningen af de aprioriske og aposterioriske domme med de syntetiske og analytiske domme frembringer muligheden for syntetiske a priori-domme, som Kant anvender til sit kategoriske imperativ, en universalistiske morallov. Fornuften skal kritiseres, fordi den vil være "ren" – det vil sige, at den vil alt; dens ambition er absolut, og den vil ikke underkastes begrænsninger. Kritikken minder fornuften om dens begrænsninger, og fornuften kan på den ene side forstås som det subjekt, der udøver den kritiske virksomhed, eller den kan betragtes som objekt for den kritiske aktivitet. Kant er ikke afvisende over for metafysik og ser kritikken som fornuftens mulighed herfor (Østergaard 2009, 7,9-12). Kants oplysningstekst fra 1783 er skrevet i et forsøg på at samle de forskellige opfattelser af, hvad oplysning er i en fælles ramme. Nemlig som en insisteren på menneskets evne til og mulighed for ud fra sin egen fornuft at orientere sig i livet. Det var dermed individets autonomi og myndighed, der blev sat i centrum, hvilket på Kants samtid var et radikalt opgør med mere religiøse og metafysiske systemer (Schanz

2002, s. 130).

Mit primære fokus er som sagt på Kants opfordring til at have modet til at gøre brug af sin fornuft uden ledelse af andre.

3.2.1 Sapere aude!²³

"Det er så bekvemt at være umyndig" (Kant 1783, s. 71).

Kant går hårdt til den menneskelige dovenskab og fejhed, som, han mener, er årsagen til umyndiggørelse. Når man er umyndig, mangler man evnen til at betjene sig af sin egen forstand²⁴ uden ledelse af andre. Det er en selvforskyldt umyndiggørelse, når man ikke har *modet* til at betjene sig af sin egen forstand, og oplysning er vejen ud af umyndiggørelsen (Kant 1783, s. 71). Så med mindre der er noget galt med ens forstand, mener Kant altså, at det er via oplysningen, vi træder ud af umyndiggørelsen. Oplysning er for Kant et spørgsmål om frihed. Frihed forstået som muligheden for at gøre offentligt brug af sin fornuft.

Men som Kant skriver, er der overalt indskrænkninger af friheden. Og der findes indskrænkninger, der ligefrem er befordrende for friheden. Kant skelner derfor mellem en privat og offentlig brug af fornuften. Den private brug gør sig gældende i et bestemt borgerligt hverv eller embede (Kant 1783, s. 73-74). Man kan godt ræsonnere og gøre brug af sin fornuft i en arbejdsmæssig sammenhæng, men det kan i nogle tilfælde være lige så vigtigt simpelthen at adlyde den overordnede bestilling, man er ansat til at udføre. Derved findes den førnævnte befordrende indskrænkning af friheden. Der må være en vis ro og borgerlig orden som baggrund for oplysningen. Vi må ræsonnere så meget, vi vil, om, hvad vi vil, men vi må adlyde (Kant 1783, s. 80). Krig og anarki virker ikke befordrende på oplysningen.

Til gengæld skal den offentlige brug af ens fornuft altid være fri, og alene den kan bringe oplysning blandt mennesker. Den offentlige brug af ens fornuft er den brug, en person gør med den som en lærd for hele læseverdenens publikum (Kant 1783, s. 73). Som lærd – det vil sige et indsigtfuldt, belæst, kyndigt, vidende eller vist menneske – skal man være fri til at

²³ Fra latin; Hav mod til at være klog.

http://denstoredanske.dk/Sprog,_religion_og_filosofi/Sprog/Fremmedord/s-se/sapere_aude

²⁴ Kant laver ikke en skarp opdeling mellem fornuft og forstand i oplysningsteksten. Jeg følger Kants brug af ordene, da sondringen mellem fornuft og forstand ikke er det centrale i denne fremstilling, men snarere modet.

kunne gøre brug af sin fornuft offentligt.

Vi kan ikke bare blive enige om at sætte oplysningen på pause – det ville være at undertrykke den menneskelige frihed. Ifølge Kant kan mennesket ikke beslutte sig for at forene sig i en sammensværgelse som religiøse dogmatikere var tilbøjelige til i Kants samtid, da det bremser oplysningen.

”En tidsalder kan ikke forene sig i en sammensværgelse, som sætter den følgende i en tilstand, hvor det ville være umuligt for den at udvide sine (særligt magtpåliggende) erkendelser, udrense fejltagelser og overhovedet gøre fremskridt i oplysningen” (Kant 1783, s. 76).

Ved at hindre den offentlige brug af fornuften indskrænkes friheden, og oplysningen går derved i stå i en periode. Og det er utilladeligt og imod den menneskelige natur (Kant 1783, s. 77). Kant har stor tiltro til den menneskelige natur. Hvis man ikke forsøger at fastholde mennesket i en bestemt tænkning eller et bestemt dogme, vil mennesket af sig selv arbejde sig ud af den manglende oplysning. Ethvert menneske har nemlig et kald til at tænke selv. En hang og et kald til *fri tænkning* (Kant 1783, s. 72 & 79-80). Det er altså en slags indre drift eller tendens ved mennesket at tænke selv og tænke frit. Man er som udgangspunkt myndig og bliver først umyndiggjort, når man ikke har modet til at betjene sig af sin egen fornuft.

”Et menneske kan ganske vist for sit eget vedkommende, men da også kun for en tid, udskyde oplysningen om det, som det påhviler ham at vide; men at give afkald på oplysningen, det være sig for sin egen person, eller i endnu højere grad for efterkommerne, er at krænke menneskehedens hellige rettigheder og træde dem under fode” (Kant 1783, s. 77).

Kant giver herved mennesket et lille smuthul i det ansvar, der påhviler mennesket i forhold til oplysningen. Man må godt tage en pause for en tid, men kun for en tid. Det er altså Kants krav til sine medmennesker at søge oplysningen som vejen ud af umyndiggørelsen.

Kant giver hermed anledning til en udfoldelse af følgende temaer: Modet til oplysning og Frihed til oplysning. Dette er derfor rammen om den følgende analyse af gæsten.

3.2.2 Modet til oplysning

Kant har en pointe vedrørende modet til at søge oplysningen, der synes hensigtsmæssig i forhold til patienterne i dagens sundhedsvæsen. Hans opfordring, Sapere aude!, er derfor en opfordring til patienterne om at have modet til at gøre brug af deres fornuft til at søge oplysningen. Patienterne ankommer i udgangspunktet til sundhedsvæsenet som myndige og fornuftige frie mennesker. Mennesket – uanset sygdom – er frit til at gøre brug af deres fornuft. Men som sagt er det udgangspunktet. Der er ingen regel uden undtagelse, og der kan derfor være tilfælde, hvor patienten faktisk ikke er i stand til at anvende sin fornuft. Der findes således patientgrupper, hvor der rent faktisk er noget galt med patienternes fornuft – til eksempel kan nævnes svær hjerneskade, hvor mange af de intellektuelle færdigheder enten ikke er udviklede eller er blevet beskadiget som følge af traumer eller anden patologi.²⁵ Ved svære belastninger i form af stress eller depressioner er det veldokumenteret, at mennesket kan have svære koncentrationsvanskeligheder, påvirket hukommelse og indlæringsevne, forstyrrelser i overordnede styringsfunktioner såsom evnen til at planlægge, initiere og monitorere handlinger (Videbech 2005). Psykotiske patienter med svære vrangforestillinger og forstyrret virkelighedsopfattelse har formodentlig ligeledes vanskeligheder ved at gøre brug af deres fornuft (Vestergaard et al. 2006, s. 25). Men som udgangspunkt har de fleste voksne patienter evnen til at betjene sig af deres fornuft. Patienten anses derfor helt eksplicit som mere end blot et nydelsesfuldt dyr, hvis vi skal følge Kant.

Ifølge Kant er det som nævnt selvforskyldt umyndiggørelse, hvis patienten mangler modet (Kant 1783, s. 71). Ved at mangle modet til at betjene sig af sin egen fornuft uden ledelse af andre umyndiggør man sig selv. Og mangler patienterne modet? Bliver man som patient doven eller fej? Det lyder som en hård karakteristik af mennesket at kalde en syg person for doven eller fej. Og som nævnt tidligere kan der være strukturelle forhold i situationen, der spiller ind i forhold til en umyndiggørelse – som eksempelvis en herskende diagnosediskurs. Men det er min erfaring at nogle patienter også lader sig umyndiggøre i mødet med sundhedsvæsenet. De fleste patienter ankommer til sundhedsvæsenet med en forventning om at blive fikset (Jørgensen et al. 2016, s. 12). Men ofte kræver det en indsats fra patienten selv

²⁵ <https://www.hjernesagen.dk/om-hjerneskader/foelgevirkninger/skjulte-skader/kognitive-skader>

at blive fikset. Ofte er den primære behandling ikke en tablet, men at patienten enten stopper med at ryge eller begynder at dyrke motion. Og det kan være vanskeligt for patienterne, hvorfor de ofte opsøger sundhedsvæsenet igen velvidende, at den primære behandling står de selv for. Det kan ses som en form for umyndiggørelse, at patienten på den måde fralægger sig ansvaret for egen sundhed eller sygdom. Men omvendt kan det også være på baggrund af ens myndighed, at man aktivt beslutter sig for eksempelvis at fortsætte med at ryge eller ikke dyrke motion. Det paradoksale er dog bare, at mange vender tilbage til sundhedsvæsenet igen med de samme problematikker i et håb eller en forventning om, at personalet kan fikse det for dem. Som Kant påpeger, kan det være en smule bekvemt at være umyndig (Kant 1783, s. 71). Men hvor giver man så plads til, at patienterne kan have mod til at betjene sig af deres egen fornuft uden ledelse af personalet i sundhedsvæsenet? Begrebet, empowerment, kan anses som et forsøg herpå. Menneskesynet bag empowerment bygger på troen på og respekten for den enkelte samt den overbevisning, at alle har såvel evnen til at benævne egen virkelighed som kompetencen til at gøre noget ved den. Enhver har myndighed over sit eget liv og dermed ret til selv at tage beslutninger (Andersen et al. 2000, s. 96). På mange måder rimer det med Kants menneskesyn og hans opfordring til patienten om at have modet til oplysning. Empowerment forstås som magt, kraft og styrke, hvor vækst i erkendelse, indsigt og selvforståelse går hånd i hånd med en kraftfuld handlen. Empowerment er både en proces og et mål i sig selv (Ibid. s. 17). Men det er ikke fuldstændig uproblematisk, når man søger at implementere denne tankegang i en sundhedsprofessionel praksis:

"(...) kald ikke spaden for et enmandsbetjent manuelt graveredskab, og brug ikke begrebet empowerment om sundhedsvæsenets strategier. Man søger trods alt sundhedsvæsenet, specielt sygehusvæsenet, på grund af dets særlige ekspertise"
(Vesterdal 2004).

Der er imidlertid forskel på den særlige ekspertise og viden, man besidder som fagprofessionel, den viden, patienten har om sig selv, og den livssituation, patienten befinder sig i. Når patienten står i en grænsesituation og skal vælge at forholde sig til denne og sig selv, må patienten unægtelig være den ypperste ekspert, fordi vi som fagpersonale her kommer til kort i kraft af vores faglige viden om blodprøver og scanninger. Man kunne argumentere for, at vi også besidder en viden om de eksistentielle grænsesituationer – hvilket de fleste også

gør. Men vi ved ikke, hvorledes disse udspiller sig i patienten. Og derfor kan man godt tænke empowerment i sygeplejen – man skal bare skille tingene ad. En ting er den fag-faglige viden, og noget andet er den livs- og frihedsforståelse, der er præget af det enkelt subjekt. Man kunne naturligvis diskutere, hvorvidt empowerment-begrebet blot er endnu en spareøvelse i forklædning. Jo mere selvstændiggjort patienten er, desto mindre brug for sundhedsvæsenets tilbud har vedkommende, og dermed er der mulighed at spare penge. Et sted bliver empowerment ligefrem beskrevet som:

” (...) et svar på et af sundhedssektorens største udfordringer: et stigende pres på ressourcerne” (Pedersen & Kirk 2014, s. 30).

Uanset hvor problematisk begrebet, empowerment, i sundhedsvæsenet er, så er der tanker herfra, der kan være gavnlige for sundhedsvæsenet at implementere. Patienterne mødes som myndige og frie mennesker, og Kants krav til dem er, at de skal have modet og ikke lade sig passivisere. Når patienterne spørger ”Er der styr på mig?” (Martin 2010) i forhold til det sammenhængende patientforløb, kunne man fristes til at spørge ”har du styr på dig?”. Igen bliver sondringen mellem, hvad man som sundhedsprofessionel skal have styr på – eksempelvis hvornår og hvor patienten skal møde til indlæggelse og så videre samt hvilke krav – qua et myndigt menneske – der kan stilles til patienterne. Men kravet forbliver uændret – som patient må du have modet! Men måske er det lettere sagt end gjort.

3.2.3 Frihed til oplysning

En anden central pointe, Kant tilbyder, er friheden til oplysning. Kant har valgt at lægge vægten på religionsspørgsmålet i sin behandling af oplysning, da det på hans tid var religionen, der udgjorde den største begrænsning af den enkeltes frihed til at tænke selv (Kant 1783, s. 79).

I dag spiller religion ikke så stor en rolle som på Kants tid. Men spørgsmålet er, om friheden til at gøre offentlig brug af sin fornuft i sundhedsvæsenet alligevel er begrænset? I dag er det måske ikke religionen så meget som videnskaben, der hindrer os i at gøre det. Man kunne måske forestille sig, at hele den naturvidenskabelige diagnoselogik kan fratage patienterne modet til at betjene sig af deres egen fornuft uden ledelse af det sundhedsfaglige personale. At

sundhedsvæsenet skaber en passivisering af patienten, fordi vedkommende alligevel ikke ved noget om de pågældende diagnoser og udredningen hertil. Kunne man forestille sig, at hele sundhedsvidenskaben i sig selv er en "*sammensværgelse, vi har forenet os i*" for nu at bruge Kants egne ord? Og måske bevirker denne sammensværgelse, at patienterne møder grænsesituationerne med en forventning om, at de kan behandles væk. Det nævnes her, da det unægtelig vil påvirke patientens mulighed for at bevare modet til at forholde sig til deres situation og dermed også patientens frihed. Sammensværgelsen virker med andre ord som undertrykkende. Kant skriver ligeledes, at skridtet ind i myndigheden virker for mange både besværligt og farligt, og den oplevelse understøttes af de undertrykkere, der kunne have en interesse heri (Kant 1783, s. 71). Man kan diskutere, hvorvidt sygeplejersken direkte spænder ben for skridtet ind i myndigheden over for den konkrete patient, eller om det måske i højere grad er situationen og sammensværgelsen, der gør det. Omvendt er de mange fremskridt i mulige behandlinger formodentlig noget, de færreste ville undvære. Men når det er sagt, er det dog fortsat vigtigt at være opmærksom på de mulige konsekvenser, sådanne fremskridt ligeledes kan have i form af umyndiggørelse.

Kant påpeger, at man som menneske kan udskyde oplysningen om det, som det påhviler vedkommende at vide. Det vil sige, at der altså *er* noget, der påhviler mennesket at vide noget om. Implicit beskrives her et krav om oplysning. Oplysningen er altså en del af det ansvar, vi har som menneske ifølge Kant. Man kan mene, at det ville være godt for mennesket at søge oplysning, men ifølge Kant er det ikke bare "godt", men faktisk et krav, da man ellers umyndiggør sig selv.

Kant siger samtidig, at et menneske kan tage pause fra denne oplysning, men kun for en tid. Og spørgsmålet er, om det er det, der sker, når man bliver syg? At man simpelthen tager en pause fra en oplysning, der både kan virke besværlig og farlig, som Kant skriver. Og Kant åbner faktisk for, at det er okay at tage denne pause, så længe det ikke er for altid. Patienten må gerne sige nej tak til oplysningen, hvis det for vedkommende virker for overvældende, eller man på anden måde ikke er i stand til at anvende sin fornuft. Men opfordringen herfra forbliver, at man som udgangspunkt må holde fast i modet og friheden til oplysning.

Til at hjælpe med at svare på, hvad det vil sige at gøre brug af sin fornuft, vil der nu blive hentet hjælp fra Jaspers' kommunikative fornuftsforståelse.

3.2.4 Den kommunikative fornuft

Jaspers tilslutter sig den kantianske bestemmelse af forstand og fornuft. Forstanden retter sig mod de fysiske ting, vi kan erfare i verden, og hertil knytter videnskaberne sig, mens fornuften er grunden til, at vi kan danne ideer, ræsonnere og lave synteser (Østergaard 2009, 10).

Men til forskel fra Kants overvejende kritiske udgangspunkt er Jaspers' fornuft kommunikativ. Jaspers mener, at fornuft er identisk med den uindskrænkede vilje til kommunikation. Han knytter desuden sandhed til kommunikation. En sandhed, der binder sig til kommunikation, er aldrig færdig, men noget, jeg søger sammen med min modstander, hvor vi undersøger, spørger og lytter (Jaspers 1950, s. 30).

Oplysningen sker altså ikke inde i det enkelte menneske, men i et fællesskab med andre:

"(...) vi eksisterer kun sammen med andre, alene er vi intet" (Jaspers 1965, s. 22).

Vi kan aldrig støtte os alene på vores dom over os selv. Jaspers afviser derfor enhver form for solipsisme. Vi higer efter andre mennesker at interagere med og hører gerne deres domme over vores handlinger. Det har ikke den samme vægtning, hvad "ufuldkomne og stivnede institutioner" siger, men det er heller ikke ligegyldigt (Ibid. s. 53). Et eksempel på disse ufuldkomne og stivnede institutioner kunne være kristendommen, som Jaspers afviser som dogmatisk for i stedet at henvise til en filosofisk tro (mere herom i afsnit 3.2.5 om Den sande oplysning).

At retfærdiggøre og angribe er en måde at komme hinanden nærmere, men denne kamplignende interaktion er båret af kærlighed. Den almindelige sniksnak fungerer kun som en indledning til den *rigtige* kommunikation, hvor vi som eksistens over for eksistens som modstandere og forbundsfæller får vished om væren²⁶ (Ibid. s. 22). Det er altså ikke en hvilken som helst form for samtale, Jaspers efterspørger. Den hverdagslige snakken om løst og fast er for overfladisk. Der forlanges mere. At få vished om væren vil altid være en fortolkning på baggrund af kommunikationen. Hvad vi end ved, så er der blot tale om, at vi griber én af de mulige fortolkninger (Ibid. s. 59-60).

Det bliver mere og mere vanskeligt at finde de fællesskaber, der skal danne grundlaget for

²⁶ Jaspers' værensbegreb udfoldes under afsnittet om "Den sande oplysning".

oplysningen. Jaspers påpeger allerede på hans tid faldet i pålidelige og selvfølgelige fællesskaber og manglen på ægte kommunikation mellem eksistens og eksistens. Flere og flere mennesker forstår ikke hinanden; de mødes og skilles, og kontakten er præget af en ligegyldighed over for hinanden (Ibid. s. 22-23). Og dette fald, kunne man hævde, er ikke blevet mindre siden midten af tresserne. Det vigtigste – set i Jaspers' optik – er, at der foregår en ægte kommunikation mellem eksistens og eksistens. Men hvad er det så, at kommunikationen skal ende ud i? For Jaspers er den sande oplysning svaret.

3.2.5 Den sande oplysning

Jaspers tilslutter sig Kants beskrivelse af, hvad oplysning er, og tilføjer, at det er den vej, der fører mennesket til sig selv (Jaspers 1965, s. 67). Men der findes både sand og falsk oplysning. Sidstnævnte mener at kunne støtte al viden og handlen på forstanden og henviser mennesket til sig selv. Den falske oplysning vil kun vide og ikke tro (Ibid. s. 68). Man holder sig selv lukket i en forstandstænkning, hvor man kæmper imod at blive sig selv (Mortensen 2014, s. 124). Den falske oplysning knytter sig dermed til forstanden. Ifølge Jaspers kan mennesket beskrives ud fra tre niveauer, hvortil der knytter sig forskellige længsler: Som forstand, der længes efter klarhed ud fra eksempelvis en videnskabelig tilgang, som individualitet, der længes efter at blive et selv, og som eksistens, der længes efter transcendenzen (Jaspers 1965, s. 27). Og den falske oplysning retter sig imod mennesket på et forstandsmæssigt niveau. Men de to andre niveauer og dertilhørende længsler kræver en anden form for oplysning, nemlig den sande.

Den sande oplysning er bekendt med grænserne for den menneskelige tænkning, og den analyserer desuden også sig selv (Ibid. s. 68) og er forankret i en filosofisk tro:

"Netop den reneste oplysning bliver klar over troens nødvendighed" (Ibid. s. 71).

Jaspers formulerer nogle filosofiske trossætninger: At Gud er til, at den ubetingede fordring eksisterer, at mennesket er endeligt og aldrig kan blive fuldkommet, at mennesket kan leve under Guds førelse, at verdens realitet er en forsvindende væren mellem Gud og eksistensen. Disse trossætninger forbliver ubeviselige; man kan kun gøre opmærksom på dem ved tankevirkosomhed eller minde om dem ved at appellere (Ibid. s. 65). Heri består den sande

oplysning, der har fornuften som medie. Filosofien må altså ud over den skeptiske filosofi, der intet hævder, bekræfter eller benægter. Og hvis man indskrænker sig til en videnskabelig objektiv bestemt viden, stopper filosofien med sætningen: Det, man ikke kan vide, må man tie om (Jaspers 1965, s. 33) – og det er Jaspers ikke meget for.

Op gennem filosofihistorien har mennesket forsøgt at forklare, hvad der er til eller hvad det værende er, men også hvad der er den egentlige væren – den væren, der holder alt sammen, der ligger til grund for alt; af hvilken, alt værende udspringer. Men de mange forsøg på at forklare denne ubegribelige væren som enten vand, ild, luft, det ubestemte, materie, atomer, liv, ånd og så videre er endt med at gøre væren til noget værende.

“I alle tilfælde blev svaret givet ved en henvisning til en i verden forekommende ting, der skulle have den særlige karakter, at alt andet skulle udspringe derfra” (Ibid. s. 24).

At ville behandle væren som en genstand – *“en i verden forekommende ting”* – er et eksempel på et grundlæggende træk i den menneskelige bevidsthed, som Jaspers kalder subjekt-objektspaltningen. Men væren kan hverken være et objekt eller et subjekt, men hvad Jaspers kalder *“det omgribende”* (Ibid. s. 25). Det omgribende er altså Jaspers' værensbetegnelse. Han skriver, at det er det, som ikke selv kommer til syne, men hvori alt andet kommer til syne. Når man tænker noget, *“falder”* det ud af det omgribende, forklarer Jaspers (Ibid. s. 26). Og Jaspers skriver, at det omgribende åbner blikket for de uendeligt mange måder, hvorpå det værende kan vise sig for mennesket. Vejen til det omgribende findes via den genstandsbundne tænkning, selvom det omgribende aldrig selv kan blive en genstand (Ibid. s. 26).

De førnævnte metafysikker vedrørende vand, ild, luft, materie etcetera er ifølge Jaspers ikke en objektiv viden, men et cifferskrift for væren udformet af filosoffer, der tænkte ud fra det omgribende (Ibid. s. 28). Cifret – altså en form for kodeskrift – er Jaspers' begreb for den adgang, mennesket har til væren. Det er dog væsentligt for Jaspers, at dette billedsprog hverken bliver uforpligtende æstetik eller konkret materialitet, men som en værensfortolknings-mulighed for eksistensen. Ciffrene fungerer som en tydning, der unddrager sig traditionel verifikation (Mortensen 2014, s. 139). Det er derfor ikke via forskning, at det omgribende skal gøres udsigeligt, men en holdning i vores bevidsthed, en tro, der giver vores liv og handlinger mening. Og derfor siger Jaspers, at tro er at være rodfæstet i det omgribende (Jaspers 1965 s. 29-30).

At lære at have en opmærksomhed mod det omgribende er at have en mere åben indstilling. En grundlæggende filosofisk tro, der ikke lader sig empirisk bevise. De filosofiske trossætninger er ikke en autoritet, der skal følges, men de skal være en del af mennesket (Ibid. s. 65). Og de filosofiske trossætninger knytter sig som sagt til den sande oplysning, der har fornuften som medie. Denne mere åbne indstilling beskriver Jaspers på følgende vis:

“Jeg ved det ikke; jeg ved heller ikke om jeg tror; men sådan en tro, udtalt i sådanne grundsætninger, synes mig rigtig, og jeg vil vove at have den og søge kraft til at leve på den” (Ibid. s. 72).

Men hvad mener Jaspers, når han skriver Gud? Først og fremmest ikke en kristen Gud. Jaspers er skeptisk over for religioner og teologier, der fikserer transcendenten i et legemligt udtryk, såsom eksempelvis kristendommen (Mortensen 2014, s. 132). Det vil sige, at selvom Jaspers inden for rækken af eksistenstænkere bliver kategoriseret som kristen i samme båd som eksempelvis Gabriel Marcel (1889-1973), ville han formodentligt være skeptisk heroverfor. Omvendt tilhører Jaspers ikke gruppen af de ateistiske eksistenstænkere såsom Jean-Paul Sartre (1905-1980), idet Jaspers medtænker netop individets tilhørsforhold til transcendenten (Nielsen 2009, 17-33).

Men hvad er det så, der minder om noget kristent, men ikke er det alligevel?

Som sagt må man afvise ideen om at bevise, at Gud eksisterer; det ville genstandsgøre Gud, og eftersom Gud ikke er en ting, ville det ikke være Gud, man ville finde alligevel.

“Thi lige så lidt som Guds eksistens kan bevises, kan hans ikke-eksistens bevises” (Jaspers 1965, s. 33)

Derved er vi jo lige vidt. Jaspers påpeger, at de såkaldte gudsbeviser og gendrivelsener heraf slet ikke er beviser, men måder, hvorpå mennesket forvisser sig om Guds eksistens (Ibid. s. 33).

Med andre ord er vi – fordi vi bliver ved med at diskutere, om Gud er til eller ej – med til at vise, at Gud er til. Gud er ikke en genstand for vor viden eller den mere sanselige erfaring, men noget vi kan tro på. Troen kommer ifølge Jaspers fra den menneskelige frihed – frihed og Gud er uadskillelige (Jaspers 1965, s. 35).

Menneskets frihed kalder Jaspers dets eksistens. I friheden eksisterer mennesket ikke ved egen kraft. Jaspers skriver, at man bliver skænket sig selv i sin frihed og – når man er sig selv – ved, at man ikke er det ved egen kraft (Ibid. s. 36). Det vil sige, at vi må bevæge os ud over det forstandsmæssige konkrete liv og rette fokus på mennesket som individualitet og eksistens. Individet forholder sig til sig selv og sit unikke liv. Eksistensen er den del af mennesket, der i frihed kan anvende sin fornuft til at forestille sig Gud og det omgribende. Og det er derfor, Jaspers skriver, at friheden er nærværende som en mulighed, mennesket ikke kan unddrage sig (Ibid. s. 49). Han skriver:

”Vor frihed bliver os bevidst, når vi anerkender de krav der stilles til os. Det afhænger af os, om vi skal opfylde dem, eller om vi skal gå udenom. Vi kan ikke for alvor bestride, at vi afgør noget og dermed bestemmer over os selv, at vi er ansvarlige” (Jaspers 1965, s. 49).

Vi er ikke automatisk underkastet en naturlov – når vi træffer valg, er vi ansvarlige og vælger dermed også os selv i friheden (Ibid. s. 50). Vi vælger os selv i friheden lyder en kende abstrakt, men henviser til, at valget ligger indlejret i friheden som særlig centralt. Men centralt står ligeledes det menneskelige gudsforhold i forhold til friheden ifølge Jaspers. Jo mere mennesket egentlig er frit, desto sikrere er forvisningen om Gud (Ibid. s. 50).

Jaspers skriver, at vi mennesker stræber ud over os selv og vokser med dybden af vores bevidsthed om Gud – og det sker på baggrund af friheden. Vi skal turde tage springet fra det blot vitale liv til os selv, hvor vi frigøres fra verden, for først derved at blive åben for og uafhængig af verden (Ibid. s. 50). Vi er med andre ord ufrie, når vi ved hjælp af den genstandsbundne, forstandsmæssige tænkning kun har fokus på det, vi umiddelbart er i stand til at se. Vi skal turde at tro; det vil sige bruge vores fornuft – og søge den sande oplysning ved hjælp af vores fornuft. En slags vælgen sig selv med en bundethed til Gud. En mere åben tilgang til ens eget liv og den rolle, man selv spiller i forhold til sin omverden.

I modsætning til dyrene har mennesket historie; vi lever ikke blot på den biologiske arv, men også på overleveringen (Jaspers 1965, s. 51). Mennesket har modsat dyrene mulighed for at forme sit liv. Men den menneskelige frihed behøver førelse. Det er menneskets egne domme, hverdagslige refleksioner og selviagttagelse i forhold til sine egne handlinger, der fører mennesket (Ibid. s. 53). Men mennesket skal aldrig stå alene med disse domme; som nævnt er kommunikationen med andre mennesker helt central for Jaspers.

Og valget er ligeledes centralt, når det kommer til fornuften. Jaspers skriver, at fornuften ikke er til fra naturens hånd, men ved en beslutning. Fornuften hænger således sammen med frihed (Jaspers 1950, s. 34).

Opsummerende kan man sige, at mennesket skal vælge at bruge sin fornuft til at antage en filosofisk tro. Ved at gøre dette kan man som eksistens i frihed få vished om væren gennem de ovenfor nævnte cifre.

3.2.6 Den sande oplysning i sundhedsvæsenet

Det, gæsten – eller i dette tilfælde patienten – opfordres til, er at have modet til at gøre brug af sin fornuft, som for Jaspers vil sige, at man indgår i et kommunikativt fællesskab med andre fornuftige. Eftersom fornuften er viljen til kommunikation med andre (Jaspers 1950, s. 30), er den første opfordring til patienten at have denne vilje. Men det er jo ikke alle mennesker, der har denne indstilling og velvilje til kommunikation. Det kan for mere introverte mennesker virke meget grænseoverskridende at skulle tale med fremmede mennesker, og måske endda især mens man er syg.²⁷ Jeg mindes en hjerneskadet patient fra Vestjylland, der arbejdede som landmand og boede alene. Han var så fåmælt og introvert, at vi tænkte, at han måtte være både smerteforpint og depressiv. Vi endte med at give ham så meget smertestillende, at han var halvsovende det meste af tiden, indtil vi indså, at han hverken havde smerter eller var depressiv, men blot var anderledes end de fleste andre patienter. Dette er i øvrigt et godt eksempel på den førmtalte patologisering. Men den mand ville helt sikkert ikke bryde sig om at indgå i et kommunikativt fællesskab, som Jaspers beskriver det. Og enhver form for kategorisk afvisning må respekteres som udgangspunkt. Der sker ingen oplysning ved, at man som sygeplejerske insisterer på kommunikationen; det virker nærmere som et overgreb ikke at respektere patientens nej. Når det er sagt, er det dog min erfaring, at langt de fleste finder en trøst og en oplevelse af samhørighed, der virker lindrende i den grænsesituation, de befinder sig i, i kommunikationen med andre mennesker. Med andre ord er det min erfaring, at de fleste faktisk har viljen til kommunikation, sådan som Jaspers efterspørger. Dette aspekt udfoldes yderligere i afsnit 3.3 om Værten.

²⁷ <http://www.indadventt.dk>

Men den form for kommunikation, der foregår aktuelt i sundhedsvæsenet, ville Jaspers formodentligt mene, har sit udspring i den falske oplysning. Den falske oplysning i sundhedsvæsenet retter sig eksempelvis mod, hvordan sygdomme udvikler sig eller oplysning omkring, hvilken måde medicinen virker på etcetera.

Et godt eksempel kunne være patientinddragelsen, hvor man som fagperson søger at inddrage patienten i at tage beslutninger vedrørende behandlings- og udredningsprocesser. Men hvad er patientinddragelse egentlig for noget? En undersøgelse fra Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (Vibis) fra 2013 viste, at der trods en forskel i forståelsen af begrebet var en bred enighed blandt de adspurgte læger, sygeplejersker samt fysio- og ergoterapeuter om, at det var noget positivt:

"Der findes hverken i Danmark eller på internationalt plan en definition af, hvad patientinddragelse er, men ingen er i tvivl om, at det er noget positivt" (Kjeldsen 2014).

Uanset hvad det er, er det tilsyneladende godt. Selvsamme rapport konkluderer, at patientinddragelsen til syvende og sidst er afhængig af det personale, patienten møder. Nogle beskriver den informerede samtykke som et eksempel på inddragelse, og andre mener, at det handler om at lade patienten aktivt indgå i beslutningsprocesserne omkring behandlingsplanen (Kjeldsen 2014). Andre former for kommunikative praksisser kunne være Fælles Beslutningstagen (Bregnballe et al. 2015), Patientinvolvering eller Patientcentrering²⁸. Fælles for alle de ovenstående er et ønske om at møde patienten i en mere ligeværdig kommunikation. Og som der blev fremhævet tidligere, ligger der bag empowerment-begrebet samme ønske.

Men den form for oplysning og kommunikation, Jaspers efterspørger, er hverken sammenlignelig med empowerment-tilgangen eller patientcentrering, -inddragelse, -involvering eller Fælles Beslutningstagen. I alle tilgange er den professionelle ikke en del af samtalen som en ligeværdig samtalepartner. Uanset hvor stort et ønske om ligeværd, der findes i de ovenstående tilgange, er den ene part altid en fagperson, og det giver en uligevægt, som kræver en ny faglighed at overvinde. Man kan ikke komme udenom, at sygeplejerskens omsorgsforståelse og fagidentitet kan hindre, at de er til stede som "privatpersoner". Det

²⁸ http://vis.dk/system/files/patienten_som_partner_-_handlemuligheder_og_effekter.pdf

kunne opleves som uprofessionelt at være tilstede som "eksistens" over for "eksistens" eller privatperson over for patient. Men det afhænger naturligvis af ens forståelse af, hvordan man er professionel. Når det kommer til de eksistentielle grænsesituationer, som patienten befinder sig i – i mødet med sundhedsvæsenet – er den ansatte sygeplejerske stadig et menneske, uanset hvilken faglighed vedkommende måtte indeholde. Derfor er eksistens over for eksistens en mulighed. Det kræver imidlertid, at man er åben for, at det også er en del af ens arbejdsliv. Men det er en kompleks balancegang, der kan være svær. For hvis man forsøger at gøre det "at være en eksistens" til en arbejdsfunktion, kan man så tale om, at man er tilstede på en oprigtig eksistentiel måde eller bliver kommunikationen altid påvirket af den distance, der ligger i, at den ene har en uniform på og den anden patienttøj? Det er formodentlig svært at komme helt udenom den distance, men man kan kontinuerligt forsøge at tænke mødet som et møde mellem eksistens og eksistens som led i en optræning af en anden tilgang.

I denne sammenhæng anses patienten som en eksistens – ikke blot som et biologisk dyr, der lader sig styre og kontrollere af den herskende diagnosekultur og den dertilhørende patologisering. Og når man som menneske anses som eksistens i Jaspers' optik, hører der en længsel hertil i form af transcendenzen eller Gud, som han også kalder det. Vejen dertil er via den sande oplysning (Jaspers 1965, s. 27+68). Så hvad er det helt konkret, patienten skal ud til via denne sande oplysning? Først og fremmest ikke noget, der er konkret. Som sagt knytter Jaspers den sande oplysning til en filosofisk tro, hvilket vil sige at være rodfæstet i det omgribende (Ibid. s. 29-30). Det omgribende er som sagt Jaspers' værensbetegnelse. Hvis vi skal have vished om det omgribende, må vi tilgå dette på en anden måde ved at bruge vores fornuft som evnen til at forestille os, at der kunne være et forhold, der hed det omgribende på baggrund af en filosofisk tro. Målt med vores forstand er tanken unaturlig, skriver Jaspers selv (Jaspers 1965, s. 26). Men pointen er netop, at det at tænke det omgribende ikke er en forstandsopgave, men noget mennesket er i stand til via fornuften. De filosofiske trossætninger er som sagt ikke en autoritet, man skal følge som menneske, men noget der skal integreres i det at være menneske.

Det omgribende åbner blikket for de uendeligt mange måder, hvorpå det værende kan vise sig for mennesket. Det omgribende kan bruges til at vise, hvilken forståelse der har samlet sig i mennesket omkring det at være patient. Eksempelvis at det foregående afsnit om situationen

viser, at patienten umyndiggøres af den diagnosekultur, man er indlejret i. Og pointen med, at man som patient skal forholde sig til det omgribende – den forståelse, der nu er samlet i mennesket omkring patientfiguren – er den sande oplysning. På den måde kan man forholde sig til, hvorvidt umyndiggørelsen er en rimelig præmis. Der er noget ufrit over at være patient, som man via sin fornuft er i stand til at forholde sig til. På den anden side har man også valgt til at lade sig umyndiggøre i mødet med grænsesituationerne. Som Kant påpegede tidligere, er umyndiggørelsen sågar bekvem for den dovne patient. Men det er ikke videre efterstræbelsesværdigt for Jaspers, og han skriver, at menneskets åndelige rang bestemmes af, hvordan det erfarer sin undergang (Ibid. s. 20). Der ligger implicit en hierarkisk vurdering af "ånd" i Jaspers' udsagn; man er som eksistens højere i anseelse end som en forstand rettet mod genstande i verden. Der er et klart normativt perspektiv for Jaspers i den sande oplysning. Patienterne skal opsøge den sande oplysning, fordi de er en eksistens og ikke bare et biologisk forstandsmæssigt nydelsesfuldt dyr med en "*selvopholdelsesdrift*". Som sagt ligger der en kilde til frihed i mødet med grænsesituationerne. Jaspers kalder det en genfødsel, hvor vi bliver os selv i en forvandling af bevidstheden om væren (Ibid. s. 18). At man har et valg, står helt centralt i eksistensens frihed. Og friheden er nærværende som en mulighed, mennesket ikke kan unddrage sig. Vi kan ikke bare beslutte os for, hvorvidt friheden er en mulighed. Den *er* en mulighed, men den kræver et valg. Og for Jaspers er dette valg et valg om at anvende sin fornuft og et valg om at have en filosofisk tro, "*som synes mig rigtig*". Jo mere fri, jo mere troende. Troen omhandler blandt andet, at Gud er til.

I et sekulariseret samfund klinger ord som Gud unægteligt en kende religiøst. Er der plads til eller interesse for det i sundhedsvæsenet? Og er det i virkeligheden ikke hospitalspræstens opgave at forkynde Guds ord? Jo, og det skal det blive ved med. Men netop fordi Danmark er et sekulariseret samfund, kunne der være behov for en anden tilgang end blot den teologiske. En del danskere opfatter sig selv som "kulturkristne", hvor de tilkender sig de kristne værdier om, hvordan vi skal leve med hinanden, men går ikke i kirke eller på anden måde er aktivt troende. Tilstedeværelsen af islam i Danmark har en del af forklaringen, men endnu vigtigere er kulturkristendommen et opgør med moderniteten ifølge idehistoriker Hans-Jørgen Schanz (1948-):

"Flere og flere oplever, at moderniteten ikke giver svar på de afgørende spørgsmål om liv, fødsel, sorg og død. Der er moderniteten tavs. Folk har oplevet moderniteten som et

praktisk arrangement, der gør livet mere behageligt og sikkert, men der er så mange ting, som mennesket kommer ud for, hvor moderniteten ikke kan besvare spørgsmålene”

29.

Det vil sige, at danskerne efterspørger det rum og medfølgende forståelseskatalog, der er indlejret i kristendommen, men oplever ikke at have brug for den konfessionelle del af den. Mange patienter har glæde af de hospitalspræster, der har samtaler med dem. Jeg har hørt flere nærmest begejstrede patienter sige, at præsten hverken nævnte biblen eller Jesus. De er lettede over at slippe for forkyndelsen. Der efterspørges altså et rum, hvor de eksistentielle grænsesituationer og forståelsen af disse kan udfolde sig uden at skulle tage hensyn til kristendommen eller andre religioner. Og det lindrende og oplysende rum er ikke nødvendigvis et rum af ateisme, hvor man i højere grad er overladt til sig selv og intetheden. Ifølge Jaspers er det selvbedrag, hvis vi hævder, at Gud er død, og at jeg er min egen skaber. Det får friheden til at slå om i tomhed og rådvildhed (Jaspers 1965, s. 36).

Og det er ikke en overvældende intetheds- eller tomhedsoplevelse, der søges. Det er svært at se, hvorledes sådanne oplevelser kan bringe lindring, når du står i en grænsesituation og er forpint. Her kan Jaspers' Gud og filosofiske tro blive en lindring for patienterne, der kan gøre det lettere at bære de lidelser, der findes i grænsesituationerne. Den forbundethed med verden, der anes i Jaspers' filosofiske tro, minder på nogle punkter om den *“beundrende undren”* Finn Thorbjørn Hansens filosofiske praksis indeholder, inspireret af blandt andre Hannah Arendt (1906-1975) (Hansen 2008, s. 65). Han skriver:

“Endeligt er den beundrende undren også et udtryk for, at man grundlæggende føler sig i berøring med noget usynligt og stort, der samtidig opleves som noget, man i grunden er fortrolig med og også taknemmelig for” (Hansen 2008, s. 65).

Fællesnævneren mellem Jaspers og Hansen er en søgen efter ro og tryghed som en form for lindring i de eksistentielle grænsesituationer. Men Hansen har en mere spirituel vinkling, hvor man søger en slags dialog med og lytten til væren (Hansen 2016, s. 125). For Jaspers handler det ikke om en dialog med væren, men en kommunikation mellem eksistens og

²⁹ <https://www.kristeligt-dagblad.dk/kirke-tro/danskerne-har-fundet-et-nyt-ord-deres-tro>

eksistens, der ved hjælp af cifre og symboler på baggrund af en filosofisk tro kan få en form for vished om væren.

I forbindelse med min praktik i Hansens aktuelle forskningsprojekt³⁰ i Silkeborg er jeg blevet overrasket over, hvor åbne de sygeplejersker, der deltager i projektet, er for denne mere spirituelle dimension. Jeg havde nok forventet større skepsis heroverfor. Men måske skyldes den manglende skepsis, at de godt kan se den potentielle lindring for patienterne i Hansens undringstilgang. For uanset hvilken tilgang man anvender, må det for patienterne i sundhedsvæsenet i grænsesituationerne handle om, hvad der skaber enten lindring, sundhedsfremme, forebyggelse eller rehabilitering, idet det er den ramme, man arbejder ud fra.

Den sande oplysning har ikke et konkret indhold, men det er en søgen efter det omgribende, som kan findes via symboler eller cifre i den enkelte patients liv (Jaspers 1965, s. 29-30+71). Umiddelbart er det svært at forestille sig, hvilke symboler eller metaforer der kunne være gavnlige for den enkelte patient. Det må springe ud af den kommunikation, man har sammen. For patienterne og de pårørende er faktisk allerede gode til at finde symboler og metaforer for det, de oplever i grænsesituationerne. Et nyere eksempel kunne være en bog skrevet af Thomas Bredstoff kaldet "Tøsne og forsythia" om sin kones Alzheimer-sygdom. Han bruger her tøsneen som et billede på den hjerne, der langsomt er under afvikling og beskriver, hvorledes en musikterapeut er i stand til at kommunikere gennem musikken med hustruen trods hendes manglende sprog (Bredstoff 2017).

Det vigtige er, at cifrene, symbolerne eller billederne ikke anses som konkret materialitet, men som en værens-fortolkningsmulighed. Tøsneen skal altså ikke forstås helt konkret som en slags våd sne, der er ved at smelte, men som et billede på den hjerne, der er under afvikling og langsomt opløses. Cifrene eller symbolerne kan anvendes som en fortolkning af en slags sygdomsværen. Jeg mindes andre patienter, der beskriver deres sygdomstilstand mere overordnet som en tyngde eller noget, der tynger dem som en form for tung dyne, der ligger hen over dem. Og omvendt, når patienten så er blevet rask, beskrives det ofte som, at "noget letter". Med sådanne symboler eller metaforer for sygdomsoplevelsen kunne man

³⁰ <http://www.hospitalsenhedmidt.dk/afdelinger-og-centre/center-for-planlagt-kirurgi/forskningsenheden/igangvarende-forskning/copingsprojekter-cpk/>

argumentere for, at der beskrives noget tilfangetagende over sygdom som en tyngde. At man oplever sig fanget af en form for tyngde. Og omvendt noget frigørende ved raskheden ved at man oplever det som en form for lettelse. Denne tilfangetagende karakter af sygdom vil udfoldes yderligere i det følgende afsnit 3.3 om Værten.

Opsummerende kan man sige, at patienten opfordres til gennem kommunikationen at gøre brug af sin fornuft ved at træffe et valg om at have en filosofisk tro, som er rodfæstet i det omgribende.

3.2.7 Delkonklusion om Gæsten

Den første opfordring til gæsten eller patienten står Kant for. Han mener det er en selvforskyldt umyndiggørelse, når man ikke har *modet* til at betjene sig af sin egen forstand, og oplysning er vejen ud af umyndiggørelsen. Ethvert menneske har en hang eller et kald til fri tænkning. Patienterne ankommer i udgangspunktet til sundhedsvæsenet som myndige og fornuftige frie mennesker. Begrebet, empowerment, kan anses som et forsøg på at give patienterne pladsen og muligheden for at have modet til at bruge deres fornuft uden ledelse af sundhedspersonalet. Når patienten står i en grænsesituation og skal vælge at forholde sig til denne og sig selv, anses denne som eksperten, således som det også er målet med empowerment-tanken.

Den naturvidenskabelige diagnoselogik kan fratage patienterne modet til at betjene sig af deres egen fornuft uden ledelse af det sundhedsfaglige personale. Der skabes med andre ord en passivisering af patienten gennem den merviden, personalet har omkring sygdom og sundhed. Og ovenstående logik kan bevirke, at patienterne møder grænsesituationerne med en forventning om, at disse skal behandles væk. Oplysningen er et ansvar, vi har som menneske ifølge Kant, og selvom det er okay at tage en pause fra oplysningen i forbindelse med sygdom, vil opfordringen fortsat lyde: *Sapere aude!*

For Jaspers er fornuft identisk med den uindskrænkede vilje til kommunikation. Den sande oplysning er kun mulig i fællesskab med andre. Den sande oplysning har sit udgangspunkt i et menneske som en individualitet, der længes efter at blive et selv, og som en eksistens, der længes efter transcendenen. Den sande oplysning er bekendt med grænserne for den menneskelige tænkning og er forankret i en filosofisk tro, som forbliver ubeviselig, og som

man kun kan gøre opmærksom på ved tankevirksomhed eller minde om dem ved at appellere. Væren er hverken subjekt eller objekt, men springer ud af det omgribende. Cifret er Jaspers' begreb for den adgang, mennesket har til væren. Det er derfor ikke via forskning, at det omgribende skal gøres udsigeligt, men en holdning i vores bevidsthed, en tro, der giver vores liv og handlinger mening. Troen kommer ifølge Jaspers fra den menneskelige frihed. Vi har frihed til at vælge at anvende vores fornuft til at forestille os Gud og det omgribende. Vi er ufrie, når vi ved den genstandsbundne, forstandsmæssige tænkning kun har fokus på det, vi umiddelbart er i stand til at se. Vi skal turde at tro; bruge vores fornuft til at søge den sande oplysning.

Det er ikke alle patienter, der bryder sig om at indgå i et kommunikativt fællesskab, og det må man som udgangspunkt respektere. Der foregår en oplysning i sundhedsvæsenet med baggrund i Patientinddragelse, Fælles Beslutningstagen, Patientinvolvering eller Patientcentrering, hvilket for Jaspers er en falsk oplysning. Uanset hvor stort et ønske om ligeværd, der findes i disse kommunikative praksisser, er den ene part altid en fagperson, og det giver en uligevægt. Man må forsøge i højere grad at tænke den sande oplysning som et møde mellem eksistens og eksistens. Patienten anses nemlig som en eksistens - det vil sige en frihed til at have en filosofisk tro og et Gudsforhold. Målet med den sande oplysning er det omgribende, Jaspers' værensbetegnelse. Vi må bruge vores fornuft som evnen til via kommunikationen med andre at forestille os, at der kunne være et forhold, der hed det omgribende. Det omgribende kan bruges til at vise, hvilken forståelse der har samlet sig i mennesket omkring det at være patient. Patienterne skal opsøge den sande oplysning, fordi de er en eksistens og ikke bare et biologisk forstandsmæssigt nydelsesfuldt dyr med en selvopholdelsesdrift. På trods af det sekulariserede samfund efterspørges der et rum, hvor de eksistentielle grænsesituationer og forståelsen af disse kan udfolde sig, som ikke nødvendigvis er et ateistisk rum. Jaspers' Gud og filosofiske tro kan tilbyde en lindring for patienterne, der kan gøre det lettere at bære de lidelser, der findes i grænsesituationerne. Det omgribende gøres udsigeligt via cifre eller symboler og patienterne bruger allerede disse.

Vi forlader nu gæstens perspektiv og bevæger os i retningen af værtens opgaver. Dette med henblik på at kunne tilbyde de metodiske anvisninger for den sygeplejerske, der ønsker at arbejde med en filosofisk praksis i sundhedsvæsenet som en form for frisættende dannelsesproces.

3.3 Værten

Denne del af specialet indtager en mere handlingsorienteret vinkel, hvor der søges svar på, hvad det er værten – eller i dette tilfælde sygeplejersken – skal gøre. Hvilken indstilling efterspørges der og hvad skal man som vært for en sundhedsfaglig filosofisk praksis være særligt opmærksom på? I første omgang vil indflyvningen til værtens rolle tage sit udgangspunkt i den filosofiske praktiker, Gerd Achenbachs, livskunnen. Han tilbyder nogle konkrete handlinger, idet han arbejder i praksis med den filosofiske praksis.

Herefter vil Heideggers læsning af Platons hulelignelse (Heidegger 1940) inddrages til at udfolde et mere filosofiteoretisk perspektiv omkring sandhed, frihed og dannelse, som kan fungere som en nuancering af det at ville noget med den anden. Men først en kort beskrivelse af Heideggers overordnede filosofiske projekt.

Heidegger betragter det ontologiske værensspørgsmål som filosofiens grundproblem og sætter fokus på den ontologiske differens mellem det værende - alt det vi forstår som "et noget" og væren - det, der bestemmer det værende som værende, altså at vi forstår det værende, som vi gør. Gennem forsøget på en fundamentalontologi i *Sein und Zeit* fra 1927 introducerer han tilværen som et begreb for det subjekt, der i "egentlighed" forholder sig til sig selv via en væren-i-verden som en optagethed (*Sorge*). Tilværen er bestemt af tid og enhver værensforståelse sker i tiden. Efter 1930 foretager Heidegger et omdiskuteret perspektivskifte; en vending (*Kehre*) fra menneskets forståelse og værensform mod væren i det hele taget. Til dette perspektivskifte introducerer Heidegger en ny tidslig struktur som en vekslen mellem en tilsigelse (værens *Zusprung*) og et modsvar (menneskets *Entsprechung*). Menneskets modsvar kan være enten som en vildfarelse (*die Irre*) eller som et afslappet reflektivt skridt tilbage (*Gelassenheit*). Hvis man gelassent erfarer den ovenstående differens, får man øje på sproget, da sproget gør mennesket til det, det er. Den sene Heidegger tillægger især digtet og kunsten vægtning i forholdet mellem væren og mennesket (Lübke 2010, s. 295-301). Platons *Lehre von der Wahrheit* blev som beskrevet foredraget første gang i 1930/31, og tankerne herfra placeres dermed lige efter den såkaldte vending eller videreudvikling af hans filosofi. Her er Heidegger optaget af sandhed som uskjulthed - inspireret af det græske begreb, *Aletheia*, og han læser den moderne sandhedsforståelse som resultatet af en historisk udvikling (Heidegger 1940, s. 44ff).

Men som beskrevet vil det følgende omhandle Achenbachs begreb om livskunnen, hvilket dernæst vil anvendes som baggrund for at trække mere konkrete handlinger ud, som kan rettes mod en sygeplejerske i sundhedsvæsenet.

3.3.1 Lebenskönnerschaft

Som nævnt indledningsvist er målet med den filosofiske praksis ifølge Achenbach lebenskönnerschaft – en livskunnen. Gæster, der søger filosofisk praksis, ønsker ikke behandling eller helbredelse, men klarhed om dem selv (Achenbach 2002, s. 8). Som gæst ønsker man at forstå og at blive forstået.

“Sie suchen die Praxis des Philosophen auf, weil sie verstehen und verstanden werden wollen”³¹

Achenbach sondrer mellem livskunst og livskunnen. Mens livskunstens mål er lykke, er det for livskunnen at fortjene lykke. Livskunsten søger lyset – væk fra mørket – mens livskunnen søger både lys og mørke (Ibid. s. 9). Målet med den filosofiske praksis i Achenbachs variant er altså ikke at gøre livet til en kunst, hvor man søger lykken og lyset, men en kunnen, hvor man gør sig fortjent til lykken ved at søge både de gode og de mindre gode sider af livet.

Det er i praksis, at denne livskunnen viser sig. Altså i det levede hverdagsliv. Som Achenbach påpeger:

“(...) a practically proven knowlegde of the world” (Ibid. s. 9).

Som forbillede peger Achenbach på Sokrates. Han forstod, at han var nybegynder og amatør. Hans elever kunne se og opleve, hvad der menes med lebenskönnerschaft. Og med livskunnen som mål genoptages en gammel filosofisk tradition om at ”nå” et andet menneske (Achenbach 2002, s. 13). Det at ”nå” et andet menneske kan sammenlignes med, hvad det vil sige at være pædagog. Ordet pædagog har sin græske rod i paedagogos, sammensat af pais- (barn) og

³¹ http://www.achenbach-pp.de/de/philosophischepraxis_text_was_ist.asp

agogos (fører).³² I ordet, pædagog, findes derfor det "at føre". Der er en mere aktiv dimension i det at føre end i det at nå en anden. Men det hænger alligevel sammen, da værten for den filosofiske praksis både søger "at nå" og "at føre" gæsten. Man kan jo diskutere, hvorvidt man overhovedet kan "føre" nogen, som man ikke kan "nå".

Det ligger også i ordet, pædagog, at det er et barn, man fører. Et barn er blandt andet kendetegnet ved umyndighed. Modsat voksne, der anses som myndige. Derved står man med et paradoks om at ville føre myndige voksne, selvom de anses som værende i stand til at føre sig selv. Men i en filosofisk praksis er det alligevel målet at støtte patienten mod en livskunnen, samtidig med at man anerkender, at patienten er den, der i udgangspunktet kan føre sit liv.

Achenbach påpeger desuden, at man ligesom Sokrates som vært for den filosofiske praksis må forstå sig selv som nybegynder, men også at filosofi er modet til at tænke anderledes:

"Philosophy is the courage to think differently – which does not mean arbitrarily. Our thoughts are justified neither by the charm of the different nor by the appeal of the merely interesting but rather by connecting them to the longest thread, that of the development of the human thought, or, put another way, the history of the human mind"
(Achenbach 2002, s. 10)

Det er en kongstanke for den filosofiske praksis – og det, der adskiller den fra andre samtaler - at man kobler det, man taler om, med hele tænkningens historie. Det giver et andet perspektiv og en anden nuancering af samtalen. Dermed bliver samtalen ikke bare til en sniksnak om, hvad gæsten og værten mener om dette og hint.

Achenbach ønsker af den filosofiske praktiker, at denne skal kunne gøre gæsten opmærksom på, hvis vedkommende tager fejl, men på en måde, hvor gæsten ikke ender med at skulle forsvare sig selv (Achenbach 2002, s. 11). Så ud over modet til at tænke anderledes skal værten også kunne finde modet til at udfordre gæsten, hvis denne tager fejl. Men på en måde, hvor det ikke er en konfrontation, men mere en udfordrende, spørgende og undersøgende tilgang. Altså hvor man som vært også er opmærksom på at fange en eventuel inkonsistens i

32

http://denstoredanske.dk/Erhverv%2c_karriere_og_ledelse/Paedagogik_og_uddannelse/Paedagogik%2c_didaktik_og_metodik/paedagog

gæstens argumentation.

Med ovenstående udlægning af Achenbach bevæger vi os nu mod den mere pædagogiske handlingsanvisende del. Dette med henblik på, at pege på konkrete sygeplejefaglige handlinger til brug i praksis i sundhedsvæsenet.

3.3.2 Achenbachs råd til sygeplejersken

Når Achenbach siger, at gæsten, der søger en filosofisk praksis, ikke søger behandling eller helbredelse (Achenbach 2002, s. 8), må det være den første og vigtigste sondring for sygeplejersken at foretage. Det er med andre ord ikke en behandlingsopgave, vedkommende har foran sig. Som nævnt flere gange er det vigtigt at tænke indsatsen og handlingerne knyttet dertil som enten lindrende, sundhedsfremmende, forebyggende eller rehabiliterende. Og det fokusskifte kommer ikke af sig selv, idet behandlingsopgaven alt for ofte bliver opprioriteret. Derfor må man som sygeplejerske aktivt beslutte sig for at vende sit fokus væk fra behandling og problemløsning.

Det næste spørgsmål, der opstår, er, hvorvidt sygeplejersken er filosofisk praktiker? Og når vi følger Achenbachs tanker om livskunnen, betyder det så, at sygeplejersken er den person, der kan livet og som dermed bliver forbillede? Til begge spørgsmål må vi svare nej – sygeplejersken er jo hverken uddannet filosof eller filosofisk praktiker, og der er ingen garanti for, at vedkommende er særligt kvalificeret til at kunne livet. Men det, man kan gøre som sygeplejerske, er at forstå sig selv som nybegynder. Og for at kunne tilbyde koblingen til "den længste tråd" – nemlig filosofiens og tænkningens historie – må man nødvendigvis beskæftige sig med nogle af de store filosofiske værker. Nu er det ikke sådan, at man uden videre læser værker alene og selvstændigt kan fortolke og forstå de mange tanker, der er udarbejdet inden for filosofien. Men som gruppe i en afdeling kunne man støtte hinanden i læsegrupper. Og måske opsøge noget af den sekundærlitteratur, der findes, som en hjælp ind i selve værkerne. Hvis man mener at filosofien kan tilbyde noget i en sundhedsfaglig sammenhæng – i rammen af de andre opgaver – bør man fra ledelsesmæssig hold forankre og prioritere en filosofisk fordybelse hos de ansatte, hvad enten det drejer sig om kurser eller decideret læsning af filosofisk litteratur. Det er jo set før, at man har prioriteret at bringe den filosofiske praksis ind i en sundhedsfaglig sammenhæng. Eksempelvis på Anker Fjord Hospice, hvor Finn Thorbjørn Hansen har foretaget et forskningsprojekt (Hansen 2016). Her virker det til, at

hospicechefen har været meget støttende i hele projektet og har fastholdt personalet i at fortsætte arbejdet med den undrende tilgang, som var det filosofiske værktøj, Hansen præsenterede for dem (Ibid. s. 280ff). Men selvom der sker en solid ledelsesmæssig prioritering af tid, kommer man nok heller ikke udenom, at den enkelte sygeplejerske også må levere et stykke frivilligt arbejde, hvis det skal kunne lade sig gøre. Man kan i den forbindelse håbe, at sygeplejerskerne finder det både relevant og interessant og kan se, at det kan berige såvel vedkommendes faglighed som liv generelt. Som nævnt indledningsvist mener 73 procent af de adspurgte deltagere i Eksistenslaboratorium fra Region Hovedstaden, at det i høj grad er en relevant opgave for dem at deltage i samtaler med patienterne omkring de eksistentielle temaer (Jørgensen et al. 2016, s. 9). Noget tyder altså på, at personalet har dette ønske. Og en læsning og forholden sig til nogle af de store filosofiske værker kunne antageligvis ligeledes imødekomme de andre beskrevne vanskeligheder fra deltagerne i Eksistenslaboratoriet, såsom at de oplever at mangle sprog for og viden om det eksistentielle (Ibid. s. 11+14).

Når vi har en livskunnen som mål, er det ikke en rolig lænen sig tilbage eller resignation i forhold til de udfordringer, man møder som menneske, men en aktiv forholden sig til sig selv. Og det kræver naturligvis, at sygeplejersken skaber et rum til dette. Et rum forstået helt lavpraktisk som et fysisk rum, hvor man kan være lidt alene, hvilket jo faktisk på mange sengeafdelinger i sig selv kan være en udfordring. Men også et mere "mellemmenneskeligt rum", hvor det ikke så meget er den fysiske placering af to mennesker, men i højere grad den måde, interaktionen er på. Min erfaring er, at de eksistentielle samtaler ofte opstår i forbindelse med situationer, hvor det ikke nødvendigvis var hensigten – eksempelvis på et toilet eller ved sårpleje. Måske hænger det sammen med, at patienten i sådanne situationer føler sig sårbar, men hvis sygeplejersken håndterer denne sårbarhed med værdighed og respekt, vil patienten muligvis opleve en tryghed, der åbner for en anden og mere eksistentiel sårbarhed. Sygeplejersken skal altså ikke kun "trøste" patienten, men også støtte vedkommendes livskunnen. Det er ikke altid den rigtige hjælp at give en tablet for en angst, der har mere eksistentiel karakter. Og her kan den filosofiske samtale med henblik på livskunnen måske være et fint supplement.

Achenbach sonderer som sagt mellem livskunst og livskunnen (Achenbach 2002, s. 9). Det er særlig interessant, når det anskues i en sundhedsfaglig sammenhæng. Når man rammes af

sygdom eller lidelse, bliver det *at kunne livet* en nødvendighed, og man søger netop ikke kun lyset, for der er også plads til mørke. For det kan opleves som et mørke at være syg. Som nævnt kan man besmykke de udfordringer, man møder, med mening, men undertiden vil situationen opleves som meningsløs. Men her er det Achenbachs pointe, at uanset om det er lys eller mørke, man søger, er det normative mål at gøre sig fortjent til lykken og ikke blot at søge lykken. Og den sondring skal man være opmærksom på, når man som sygeplejerske ønsker at støtte patienten til en livskunnen. Man kunne forestille sig, at patienten ofte søger livskunsten, lykken og lyset. Men ud fra Jaspers' pointer indeholder de eksistentielle grænsesituationer ligeledes mørket og lidelsen (Jaspers 1965, s. 18). Så selvom lyset og lykken umiddelbart virker mere tiltrækkende, er det altså ikke en autentisk forståelse af, hvad det vil sige "at eksistere", hvis man følger Jaspers, og at kunne livet, hvis man følger Achenbach.

Achenbach giver det råd med på vejen, at man skal turde gøre gæsten opmærksom på, hvis vedkommende tager fejl eller måske udfordre gæsten på vedkommendes forståelser (Achenbach 2002, s. 11). Et eksempel herpå kunne være den førnævnte mand, der oplevede at få en dødsdom, fordi lægerne havde vurderet, at hans krop ikke ville klare genoplivning. Her har sygeplejersken en opgave i at undersøge, hvorfor han tænker sådan. Hvilken forståelse om livet har samlet sig i ham? Og derefter udfordre hans måde at tænke om liv og død på. Hvis han tænker, at livet er sådan et, der forløber, indtil han ikke *vil* mere, tager han ganske enkelt fejl. Døden er ifølge Jaspers en grænsesituation (Jaspers 1965, s. 18), som vi ikke kan ændre på – også selvom vi er blevet meget dygtige til både at behandle og genoplive. Og en del af det at kunne livet er at forholde sig til grænsesituationerne som et myndigt og fornuftigt menneske.

Et sidste råd, vi tager med til sygeplejerskerne fra Achenbach, er, at man må have modet til at tænke anderledes (Achenbach 2002, s. 10). Som nævnt flere gange er vi i sundhedsvæsenet under indflydelse af naturvidenskaben, når vi tænker eksistensen. Og det må vi turde bryde med – eller i første omgang indrømme eller blive opmærksomme på. Og det er i sig selv en vanskelig opgave. Men her kan Heideggers perspektiver på sandhed og dannelse hjælpe os. Vi forlader nu derfor Achenbach og bevæger os mod Heideggers læsning af Platons hulelignelse.

3.3.3 Turen ud af hulen

Heidegger giver i sin læsning af Platons hulelignelse et bud på, hvordan frihed, dannelse og sandhed er tæt forbundne. Heidegger bygger sin læsning af Platons hulelignelse op på den måde, at han først giver et kort referat af selve lignelsen og herefter selv giver sin egen fortolkning af den (Heidegger 1940). I første omgang vil der her kort blive redegjort for Platons hulelignelse. Jeg har valgt at lade Platons hulelignelse beskrive gennem Heideggers tekst for at bevare den terminologi, Heidegger bruger. Dette med henblik på at gavne forståelsen af Heideggers egen tolkning efterfølgende. Redegørelsen for hulelignelsen vil efterfølgende danne baggrund for den særlige Heidegger-fortolkning, som til sidst vil munde ud i nogle pædagogiske anvisninger til hjælp for den sygeplejerske, der ønsker at arbejde med en mere frisættende dannelsesproces i sundhedsvæsenet.

3.3.4 Platons hulelignelse

Platon giver selv efter beskrivelsen af lignelsen en tolkning af denne (Heidegger 1940, s. 19). Hulen er et billede på den verden, vi opholder os i, og som viser sig for os ved synets hjælp i det daglige liv. Og bålet, som brænder inde i hulen, er et billede på solen, og hvælvingen inde i hulen er derfor et billede på himmelhvælvingen. Og alt, hvad der foregår og "er" inde i hulen, er for mennesket i hulen "det virkelige" eller med Heideggers ord "det værende". Dét uden for hulen er for Platon et billede på, hvad det værende i virkeligheden består af (den virkelige virkelighed af det værende). Det uden for hulen er dér, hvor det værende viser sig, som det ser ud og i virkeligheden er.

Og Heidegger fortsætter:

"Dieses "Aussehen" nimmt Platon nicht als bloßen "Aspekt". Das "Aussehen" hat für ihn noch etwas von einem Heraustreten, wodurch jegliches sich "präsentiert"" (Ibid. s. 19-20).

For Platon er dette "værende, som det ser ud uden for hulen i virkeligheden" ikke bare endnu et aspekt ved det værende. Der er også en vis fremkomst, gennem hvilken tingen præsenterer sig selv. Det vil sige, at der er noget, der lader mennesket se tingene og muliggør erkendelsen

af disse, men som også lader det, der er, opstå og komme frem.

Pointen fra Platon er, at hvis ikke mennesket havde ideen om eksempelvis ting, levende dyr, mennesket, tal eller Gud, så ville vi ikke være i stand til at forstå dette eller hint som værende enten den ene eller det andet (hus, bord, Gud, tal etc.). Det er ifølge Platon kun skyggerne fra ideen, vi kan se foran os (Ibid. s. 20).

Og hvis mennesket i hulen vender blikket om og kigger på bålet, vil det umiddelbart skabe modstand og være en forstyrrelse af den hverdagslige oplevelse af det, der opleves som det virkelige nede i hulen, og derfor vil det afvises. Hulemennesket er så overbevist om, at det, vedkommende ser nede i hulen, er det virkelige og vil derfor ikke være åben for muligheden for, at det, han anser som virkeligt, blot er skygger (Ibid. s. 20-21).

Bålet er skabt af mennesket, hvilket i sig selv er en overvindelse at erkende, men dog muligt, eftersom det er et menneskeskabt fænomen, som derfor burde være genkendeligt. Men solen uden for er ikke menneskeskabt – og lyset herfra muliggør, at vi kan se noget. Og Heidegger påpeger herefter, at solen er blevet forstået som billedet på "ideen over alle ideer" – også kaldet Ideen om det Gode som en slags over-idé, der lader andre ideer blive synlige (Ibid. s. 21). Platons hulelignelse for Platon er dermed en lignelse om det Gode. Det Gode er solen, som muliggør en oplysning, der lader det værende vokse frem, som det er. Det Gode er dermed forbundet med Platons forståelse af sandhed. En sandhed som ikke er foranderlig, men bestandig, og som venter på at blive erkendt eller opdaget af mennesker. The truth is out there, som man siger. Men som vi senere skal se, er Heidegger uenig i denne sandhedsforståelse.

Efter den korte gennemgang af Platons hulelignelse vil der herefter blive udfoldet, hvilken forståelse Heidegger tillægger den gennem afsnittene, Paideia, Aletheia og Tildækning af tildækningen, som herefter vil diskuteres i et forsøg på at anlægge en mere pædagogisk vinkel.

3.3.5 Paideia

Heidegger mener, at hulelignelsen ikke kun beskriver forholdet mellem skygger og lys, mellem lænkede og frie mennesker, mellem fænomener og ideer. Det er også en lignelse om overgange:

"Die berichteten Vorgänge aber sind Übergänge aus der Höhle ans Tageslicht und wieder zurück aus diesem in die Höhle" (Heidegger 1940, s. 22).

Og overgangen mellem mørke og lys eller lys og mørke vil altid kræve en vis tilvænnning af ens øjne. Ens øjne bliver forstyrret hver gang man ændrer i lysniveauet. Dette vil epistemologisk sige, at man bliver forstyrret, når man går fra uvidenhed til en tydeligere forståelse af det værende – eller omvendt at man med indsigt i det værendes væren ender i et mørke, hvor denne indsigt er umulig at navigere efter. Og uanset hvilken retning ens overgang tager, skal man have tid til at vende sig til det og gøre det med hele ens krop og sjæl. Det er vigtigt at foretage denne omvendning eller reorientering, da det handler om hele ens essens som menneske (Ibid. s. 22-23). En overgang vil sige en forandring eller udvikling fra noget til noget andet. Det er dermed en dynamisk proces.

Platons hulelignelse for Heidegger er derfor en lignelse om overgange fra et sted til et andet. Det er en menneskelig reorientering, en overgang fra en forståelse til en anden. Og Heidegger benævner denne proces som dannelse. Heidegger skriver:

"Das Wort läßt sich nicht übersetzen. Παιδεία bedeutet (...) das Geleit zur Umwendung des ganzen Menschen in seinem Wesen" (Ibid. s. 23).

Det græske ord, Paideia, lader sig ikke oversætte, men det er en form for (ud)dannelse, og Heidegger anvender det tyske ord, Bildung, i mangel af bedre (Ibid. s. 23-24). En dannelse, der er en slags udvikling og "justering" af ens menneskelige karakter, men også en dannelse, der skaber selve den form, man justeres efter. En slags grundlæggende fundamental orientering og en udvikling af en standard, hvorfra man skal orientere sig. Dannelsen handler ikke blot om at hælde viden i halsen på mennesker – det er selve ens sjæl, der bliver beslaglagt og ændret i sin helhed (Ibid. s. 24). Hvor dannelse for Platon handler om indsigt i en idéverden som en slags højeste grad af erkendelse – en oplysning – er dannelse for Heidegger en sandhedsakt med et mere ontologisk værensperspektiv.

Paideia betyder, at hele mennesket trækkes op med rødderne, der er plantet i en region, hvor han kun ser de umiddelbare ting og flyttes til en anden region, hvor det værende i sig selv viser sig. Det, der før var skjult, er det nu ikke længere, og uskjultheden refererer til sandhed

(Ibid. s. 26). Det begreb vil blive belyst i det følgende.

3.3.6 Aletheia

For Heidegger er der en naturlig sammenhæng mellem dannelse og sandhed. Og sammenhængen består, i at sandhedens væsen og forandringen heraf muliggør dannelse:

"Und er besteht darin, daß das Wesen der Wahrheit und die Art seiner Wandlung erst "die Bildung" in ihrem Grundgefüge ermöglicht" (Heidegger 1940, s. 25).

Heidegger genopfrisker det græske ord for sandhed, Aletheia, som kan oversættes til uskjulthed (Ibid. s. 32). Han vil sortere solens relation til sandhed fra og rette blikket mod selve befrielsesprocessen, hvor det ikke handler om at opdage en åndelig og evig verden hinsides denne verden, men mere en ændring i menneskers holdning og indstilling. Der findes ingen sandhed i betydningen et stort ubekendt x, som vi nærmer os i en uendelig progression, sådan som Platon tænker det. Mennesket opdager ikke en sandhed, men udkaster en tolkningshorisont. Aletheia er et alfa privativum, hvilket betyder, at der er en negation eller et fravær forbundet med ordet, idet der sættes "a" foran (på dansk ville man sætte u- eller ikke-foran, som for eksempel u-skjulthed). Der ligger altså noget gemt eller skjult i selve begrebet.

"Wahrheit bedeutet anfänglich das einer Verborgenheit Abgerungene. Wahrheit ist also solche Entringung jeweils in der Weise der Entbergung" (Ibid. s. 32).

Som udgangspunkt betyder sandhed derfor det, der bliver vristet ud af noget skjult. Og som en konsekvens heraf kan der være forskellige former for skjulthed – forsegling, varetægt, tilsløring eller fortielse. Uanset navnet vil det være en kamp for liv eller død at få vristet det uskulte fri af det skjulte (Ibid. s. 32-33). Det skjulte er det forhold, at forståelsen er en mulighed. Muligheden findes i stadiet *før*, man forstår noget. Blandt de mange muligheder for forståelse, der findes, er der én forståelsesmulighed, der "vinder". Og den vindende forståelsesmulighed skaber dermed en binding til netop denne særlige forståelsesmulighed. Sandhed er dermed det skjulte – altså forståelsesmuligheden – som skaber en binding. Men når mennesket på den måde bliver "bundet", betyder det så at mennesket ikke er frie?

Heidegger ville formodentligt svare at sandhed og frihed er tæt forbundne. Derfor bringes Heideggers frihedsforståelse herefter i spil.

3.3.7 Frihed

Sandheden hænger som sagt ikke kun sammen med dannelse, men også frihed. Heidegger påpeger at lignelsen fortæller om tilsammen *fire* forskellige overgange fra region til region og han skriver, at det uskjulte – det sande – må overvejes og navngives på hvert af de ovenstående stadier.

Ved det *første* stadie, hvor fangerne er lænkede, vil det uskjulte og dermed sande ikke være andet end de skygger, fangerne ser på væggen. I *næste* stadie er de blevet frigjorte fra deres lænker, men forbliver nede i hulen – dog nu en kende tættere på det værende. Tingene fremstår for dem i lyset af bålet, og det vil sige, at det fortsat er uklart for øjnene, om end den nu frigjorte fange vil opleve tingene som mere uskjulte end tidligere. Men lyset vil som sagt en periode blænde, og fangen ser derfor ikke selve bålet, men blot de bårde objekter foran. Men til gengæld ser man skyggerne, som nu fremstår med endnu større tydelighed og derfor virker som endnu mere uskjulte. Man ser det, man kender, og det virker som det sande (Heidegger 1940, s. 27-28).

På dette stadie er fangerne godt nok frigjorte af lænkerne, men fortsat afhængige af bålet. De har endnu ikke forudsætningen for frihed:

"Aber das losgelassenwerden ist noch nicht die wirkliche Freiheit (Ibid. s. 28-29).

Den reelle frihed opnår de først i det *tredje* stadie. Den nu frigjorte fange er flyttet uden for hulen – ud i den virkelige verden, og her viser alt sig. De åbne vidder er ikke en grænseløs position, men repræsenterer snarere en binding til lyset (Ibid. s. 29). Og bindingen består i, at man knytter sig til en ny forståelse af det værende.

Friheden består altså i muligheden for at foretage en overgang fra en forståelse til en anden:

"Die Freiheit besteht nur als die so geartete Zuwendung" (Ibid. s. 30).

Friheden findes i bevidstheden om sandhed som en proces – en overgang – hvor man som led i dannelsen binder sig til en ny forståelse.

Hvis hulelignelsen skal sige noget om dannelse, må man også forlange, at den skal sige noget om dens modsætning, *bildungslosigkeit*. Og det gør den også ifølge Heidegger, idet lignelsen ikke stopper ved det tredje stadie, men tværtimod følger den dannede (tidligere fange) på vejen tilbage til hulen. Vedkommende kan nu ikke længere orientere sig nede i hulen og er i overhængende fare for at bukke under for sandhedsopfattelsen i hulen trods den nylige dannelse. Og vedkommende vil forsøge at befri de andre fanger, men vil møde modstand og derfor være i fare for udstødelse og død, sådan som det skete for Sokrates. Dette møde mellem den dannede og fangerne udgør ifølge Heidegger det *fjerde* og sidste stadie (Heidegger 1940, s. 31). Der er altså i alt fire overgange i hulelignelsen: Fra lænkerne til frigørelsen, fra frigørelsen til den virkelige frihed uden for hulen, hvor man modtager en binding, inden man som fjerde og sidste overgang bevæger sig fra bindingen til mørket igen.

Platons hulelignelse er derfor en lignelse om overgange for Heidegger. Og overgangene har både sammenhæng med, hvad han forstår ved sandhed og frihed. Men Heidegger stopper ikke her. Han arbejder videre med at beskrive, hvad han mener er en tildækning af tildækningen, eller som han siger: En skjulthed i det skjulte (Ibid. s. 32). Og det har rødder tilbage til Platon og en ændring i placeringen af sandhed inden for den menneskelige erkendelse eller via "rigtigheden" af ens blik, mener Heidegger (Ibid. s. 41). Som sidste del af Heidegger-redegørelsen vil der nu blive udfoldet, hvad det vil sige, at der sker en tildækning af tildækningen.

3.3.8 Tildækning af tildækningen

Når Platon som nævnt sætter Idea som det afgørende for, hvorvidt man overhovedet er i stand til at se noget, bliver mennesket pludseligt det centrale for sandhedsoplevelsen.

Idea bliver herved Aletheia overlegen. Når Platon skriver, at det er idea, der tillader uskjultheden, så peger han dermed også på, at sandhedens væsen ikke fremover folder sig ud af sin egen væsentlige fylde som uskjulthedens væsen, men som ideens væsen ifølge Heidegger (Ibid. s. 41). Hvis vi er optaget af det at se det værende, som det viser sig, må fokus være på netop denne "seen".

"Der Übergang von einer Lage in die andere besteht in dem Richtigerwerden des Blickens" (Ibid. s. 41).

Overgangen fra en forståelse til en anden – altså sandhedshændelsen - består for Platon i at gøre ens syn mere "rigtig", som på græsk er *ορθότης* - rigtigheden af ens blik (Heidegger 1940, s. 41). Sandhed bliver derved *ορθότης* - en rigtighed i evnen til at opfatte og erklære noget. Ved denne ændring af sandhedens væsen sker der således en ændring i placeringen af sandhed. Som *uskjulthed* er sandhed fortsat et grundlæggende træk ved det værende for Heidegger. Men som *en rigtighed i seen* bliver sandhed til en kvalitet ved menneskets adfærd over for det værende. En slags begyndende subjektivering af sandhed. Heidegger påpeger i forlængelse heraf en tvetydighed i Platons sandhedsforståelse. Dels fremstår sandhed som det Gode, der er placeret uden for mennesket, og samtidig som en slags rigtighed af blikket inde i mennesket (Ibid. s. 42). Tvetydigheden viser sig ved, at Platon nævner og behandler *Aletheia*, men alligevel sætter *ορθότης* – rigtigheden – som en standard (Ibid. s. 42-43). Den samme tvetydighed finder Heidegger ved Aristoteles (384-322 f.kr.), som ifølge Heidegger skriver dels, at *uskjulthed* er et grundlæggende træk ved det værende, og dels, at det sande og det falske skal findes i forståelsen. Og herfra starter den førnævnte tildækning af tildækningen (Ibid. s. 44).

"Von nun an wird das Gepräge des wesens der Wahrheit als der Richtigkeit des aussagenden Vorstellens maßgebend für das gesamte abendländische Denken" (Ibid. s. 44).

Det vil sige, at gennem filosofihistorien – begyndende med Platon og Aristoteles – har sandhed i Heideggers opfattelse været forstået som en vurdering af rigtigheden af en repræsentation. Dette understreger han med Thomas Aquinas (1225-1274), der placerede sandhed inden for en menneskelig forståelse. Det samme gør René Descartes (1596-1650) ifølge Heidegger. Friedrich Nietzsche (1844-1900) kalder sandhed for en slags fejl, som dermed ligeledes indebærer en form for menneskelig vurdering (Ibid. s. 44-45).

"Nietzsches begriff der Wahrheit zeigt den letzten Widerschein der äußersten Folge jenes Wandels der Wahrheit aus der Unverborgenheit des Seiende zur Richtigkeit des Blickens"

(Ibid. s. 46)

Nietzsche udgør dermed den yderste form for subjektivitet i forhold til forståelsen af sandhed. Det er et menneske, der gør alting til værdier og ikke en uskulthed i det værende. Når mennesker sætter så stor fokus på Idea som sandhedsfremstilling, glemmer vi det forhold, at der faktisk er *noget*, der viser sig for os. Noget som er noget i sig selv. Betingelsen for, at vi kan dømme om noget er sandt eller falsk, er, at der *er* noget, vi ser. Vi skal med andre ord hive os selv ud af ligningen og fokusere på, at der er noget, der *er*, i stedet.

Siden Platons fortolkning af væren som Idea har tænkningen omkring det værendes væren været metafysisk. Som følge af denne metafysik omkring det Godes ide som den højeste og første årsag til alt, ender tænkningen ligeledes i en teologi omkring Gud. En onto-teologi, hvor det stærke subjekt erstattes af en Gudsfigur. Og her påpeger Heidegger, at væren bliver fejlplaceret ind i denne første årsag.

"Seit der Auslegung des Seins als ιδέα ist das Denken auf das Sein des Seiende metaphysisch, und die Metaphysik ist theologisch" (Heidegger 1940, s. 48).

Begrebet, "filosofia", bliver efter Platon en søgen efter at forstå det værendes væren som Idea. Og Heidegger påpeger, at denne måde at tilgå verdens grundlæggende indretning er at bedrive metafysik, hvor man søger efter en ultimativ struktur, der rummer alt det værende og dennes væren. Begyndelsen af metafysikken i Platons tænkning er derfor på samme tid også begyndelsen på "humanismen" (Ibid. s. 48-49). Og heri ligger den førnævnte tildækning af tildækningen. Den sandhedsforståelse, Platon introducerer, der sætter mennesket i centrum, skaber denne tildækning. Mennesket har med andre ord svært ved at gennemskue denne tildækning af sandhedens væsen, sådan som den viser sig som et produkt af en vestlig tænkning startende med Platon. Vi har som sagt glemt det forhold, at der overhovedet er noget, der viser sig for os ifølge Heidegger.

Det er vigtigt at kende den arv, vi har fra Platons lære om sandheden. Ifølge Heidegger er det ikke blot noget, der tilhører fortiden. Den er i høj grad stadig i live og bliver videreudviklet – blandt andet gennem en filosof som Nietzsche. Ændringen i sandhedens væsen er tilstede som en kontinuerlig bekræftelse og ubestridt grundlæggende virkelighed. Beslutningen om denne

sandhedsforståelse har påvirket, hvad der er søgt efter og fastholdt. Men også hvad der er smidt væk og afvist som usandt (Heidegger 1940, s. 50).

Men ifølge Heidegger er der håb; den originale forståelse af sandhed har overlevet og er blevet husket (i al beskedenhed af Heidegger selv):

"Die Unverborgenheit enthüllt sich dieser Erinnerung als der Grundzug des Seienden selbst" (Ibid. s. 51).

Uskjultheden afslører sig selv for denne erindring som en grundlæggende egenskab ved det værende selv. Erindringen må dog stadig tænke på sandhedens væsen mere originalt og ikke platonisk, som placerer det i sammenhæng med en beskuen, høren, tænkning og ud-sigen. Man må opgive forsøgene på at placere sandhedens væsen inden for ovenstående.

"Kein Versuch, das Wesen der Unverborgenheit in der "vernunft", im "Geist", im "Denken", im "Logos", in irgendeiner Art von "Subjektivität" zu begründen, kann je das Wesen der Unverborgenheit retten" (Ibid. s. 51)

Uskjultheden skal altså ifølge Heidegger ikke placeres inden for den menneskelige fornuft eller i tænkningen. Enhver form for subjektivitet kan kun tilbyde en slags "forklaring" på en væsentlig konsekvens af den ellers ubegribelige uskjulthed. Subjektivitet er menneskets metafysiske bestræbelse på at redegøre for det værendes væren, som om det var noget værende. Og det er Heidegger som sagt kritisk overfor. Enhver navngivning eller udlægning af uskjultheden må derfor afvises. Væren er jo ikke noget værende – ingen genstand – men selve muligheden for, at vi kan se og udpege genstande i verden.

Vi skal påskønne det "positive" i privativet, a-letheia. Og det positive skal erfares som en grundlæggende egenskab ved væren selv (Ibid. s. 51). Vi lider under en værens-glemsel. Behovet for at stille spørgsmålstegn ved ikke kun det værende, men på et tidspunkt også væren, må trænge sig igennem til os. For dette behov er en opgave foran os skriver Heidegger. Den originale sandhedens væsen hviler stadig derfor i sin skjulte begyndelse (Heidegger 1940, s. 52).

Opsummerende peger Heidegger altså på en sammenhæng mellem frihed, sandhed og dannelse. Sandhed som uskjulthed, en forståelses-muligheds-binding, som mennesket er frit til at foretage, og som udgør selve dannelsesprocessen. Men den vestlige sandhedsforståelse har været præget af en subjektivitet, begyndende med Platon og bekræftet af filosoffer sidenhen, hvilket har medvirket til en værensglemsel. Men Heidegger ser en mulighed for en ny begyndelse i forhold til sandhedens væsen, der dog fortsat ligger skjult i sin spæde begyndelse.

Ovenstående gennemgang vil herefter danne baggrunden for en mere pædagogisk vinkel, hvor jeg vil forsøge at trække nogle Heidegger-pointer i en mere handlingsanvisende retning. Dette med henblik på at tilbyde sygeplejersken, der ønsker at arbejde med en filosofisk praksis med udgangspunkt i en heideggeriansk dannelsesstækning, kan lade sig inspirere til at foretage konkrete handlinger i en sundhedsfaglig sammenhæng.

3.3.8 Den pædagogiske dimension

Den nok vigtigste Heidegger-pointe i forhold til den pædagogiske dimension er forståelsen af, at overgangen fra en forståelse til en anden er en proces (Heidegger 1940, s. 22). Når man som sygeplejerske derfor ønsker at føre patienten mod en anden og mere sand forståelse af det værende, er det vigtigt ifølge Heidegger at tænke det som en proces. Og det er uanset, om turen går fra hulen – altså den hverdagslige trummerum, hvor grænsesituationerne ikke er ret synlige – eller uden for hulen, hvor man står midt i en grænsesituation, og en ny forståelse af virkeligheden kan samle sig i patienten. For at man overhovedet kan tale om dannelse i forhold til patienterne, må man som sagt forstå, at forståelse er en proces. En overgang fra en mulig forståelse til en anden. Og i denne proces kan man forsøge at føre patienten. Som nævnt tidligere under Gæsten er det jo ikke alle patienter, der hverken har evnerne eller lysten til at indgå i en mere eksistentiel kommunikation. Og hvad stiller man op med dem som sygeplejerske; som en pædagog, der ønsker “at føre” patienten til en ny forståelse? Uden at insistere kan man godt stille undrende spørgsmål, som måske kunne skabe en forstyrrelse for patienten i forhold til den forståelse, der har samlet sig i vedkommende. Måske spørgsmål a la hvad forstår du ved at være patient? Hvad er en diagnose egentligt eller hvad vil det sige at være patient? Hvad er fordelene ved, at man er patient og hvad er ulemperne? Det er svært at

forudse, hvilke spørgsmål der virker "forstyrrende", og hvilke der blot overvælder patienten, så det må altid være en konkret vurdering i situationen. Og hvis det ikke har den faciliterende effekt, der ønskes, må man respektere dette. Det er vanskeligt at ville noget med nogen, der ikke vil noget.

Men grænsesituationerne kan som nævnt være en slags åbning for, at man som patient er klar til at tage sådan en tur ud af hulen (Jaspers 1965, s. 18). Ofte vil sygdom komme som en slags livsrystelse, hvor patienten er mere åben for en filosofisk refleksion. Og i disse tilfælde er det vigtigt at forstå, at den frisættende dannelse er både vanskelig og tidskrævende for patienten (Heidegger 1940, s. 22-23). Så det er altså ikke nødvendigvis tematikker, der er klaret på en times samtale, hvis man overhovedet har så meget tid til rådighed. Hvor patienterne tidligere havde lange indlæggelser, går tendensen i sundhedsvæsenet mod korttidskontakter, sammedagsindlæggelser og fleksible indlæggelser, hvor man enten er på et patienthotel eller hjemme. Så der er ikke meget tid til at foretage samtaler af mere eksistentiel dannende karakter, men derfor kan sygeplejersken godt skærpe sin opmærksomhed mod at opfange øjeblikket, når eller hvis det opstår i patienterne og være klar til at følge patienten i overgangen fra en forståelse til en anden.

Som det kom til udtryk ovenfor, handler Padeia for Heidegger om, at man er i stand til at befri sig selv fra meninger, vaner og hverdagsopfattelser for at se det, der før var skjult (Heidegger 1940, s. 22-23). Med andre ord skal sygeplejersken, der ønsker at støtte patientens livskunnen med henblik på en mere sand oplysning, hjælpe patienten til at kigge på sine egne meninger, vaner og hverdagsopfattelser. Gå til præmissen for, hvorfor patienten siger, som patienten gør, hvorfor patienten har denne livsforståelse eller hvad patienten mener, det vil sige at være menneske. Alle sammen spørgsmål, der kan medvirke til, at patienten bliver opmærksom på sin egen forståelse af virkeligheden og dermed også på forståelsen som en mulighed. Her tænker jeg ikke en udspørgen i en sokratisk-dialektisk forstand (Hansen 2016, s. 158). I forbindelse med min deltagelse i Finn Thorbjørn Hansens forskningsprojekt i Silkeborg³³ har jeg observeret, hvor vanskelig denne form for drillende, kritisk undrende måde at kommunikere på er for sygeplejerskerne. Sygeplejerskernes omsorgsforståelse kan tænkes at obstruere her, idet den relationelle tilgang til patienterne er mere forstående,

³³ <http://www.hospitalsenhedmidt.dk/afdelinger-og-centre/center-for-planlagt-kirurgi/forskningsenheden/igangvarende-forskning/copingsprojekter-cpk/>

støttende og lyttende end udfordrende, kritisk og drillende.

Dannelse er for Heidegger en slags sandhedsproces (Heidegger 1940, s. 25). Og hvilke pædagogiske konsekvenser har denne sandhedsproces? I første omgang synes det hensigtsmæssigt at se på, hvilken sandhedsopfattelse der aktuelt virker til at være dominerende i sundhedsvæsenet. Som nævnt gentagne gange hviler sundhedsvæsenet på en naturvidenskab med de fordele og ulemper, der findes ved det. Og spørgsmålet er, om ikke også det har smittet af på forståelsen af, hvad sandhed er?

I sundhedsvæsenet tales der ikke meget om sandhed, men rigtig meget om evidens. Og det er en diskussion værd, hvorvidt sundhedsvæsenet anser evidens som et sandhedsideal.

Inden for en sundhedsfaglig ramme findes der to forståelser af evidens: (1) Medicinsk forskning, hvor effektiv behandling er underbygget efter bestemte videnskabelige kriterier på grundlag af metaanalyser af klinisk kontrollerede forsøg, og (2) en sundhedsfaglig behandling af den enkelte patient med de bedste begrundelser for den enkelte patient i den konkrete situation (Delmar 2005, s. 28). Sygeplejeforsker Charlotte Delmar problematiserer, at den medicinske forståelse er for snæver:

”Der er sundhedsfaglige spørgsmål og problemer, der er afhængige af tid, rum og kontekst, og som kræver et andet vidensbegreb, end den traditionelle biomedicinske opfattelse har” (Ibid. s. 28).

Men inden for sundhedsvæsenet er der sket det, at den førstnævnte medicinske evidensforståelse er løbet med alt opmærksomheden. Den britiske læge, Archie Cochrane (1909-1988), var ophavsmanden til Cochrane Collaboration, som opstod i 1992 ud fra et ønske om at sortere og få overblik over den voksende mængde forskning inden for sundhedsvidenskaben. Der var meget forskning af for dårlig kvalitet og den forskning, der rent faktisk var god, blev ikke anvendt i praksis, da det var umuligt at danne sig et overblik (Hagen et al. 2008, s. 25-26). Cochranes metaanalyser anses som den ypperste og mest sikre viden inden for sundhedsvæsenet. Cochrane selv anså ikke de klinisk kontrollerede forsøg som absolut viden, men anerkendte netop det kliniske skøn i praksis som værende lige så væsentligt. Altså knytter han an til den sidstnævnte definition på evidens, der tager en mere praksisnær drejning med den bedste begrundelse for behandlingen i den konkrete situation.

Som nævnt i citatet findes der sundhedsfaglige spørgsmål og problemer, der er afhængig af tid, rum og kontekst – og dette ville Cochrane være helt enig i. Det er dog blevet sådan – med en formulering lånt af Uffe Juul Jensen – at vi er blevet mere katolske end paven (Jensen 2004, s. 20). Paven i denne sammenhæng forstås som værende Cochrane selv. Han var både optaget af at sikre god og sikker viden i sundhedsvidenskaben, men anerkendte i høj grad også den enkelte læges skøn i den konkrete situation. Han havde stor tiltro til den naturlige helbredelse og var opmærksom på grænserne for, hvad der lader sig undersøge via de klinisk kontrollerede forsøg (Ibid. s. 26). Det er i lige så høj grad i de hverdagslige erfaringer, at vi finder viden:

”Vi har gennem hverdagslivets erfaringer en omfattende viden om, hvad der fremmer menneskelig sundhed og velbefindende” (Jensen 2004, s. 27).

Så i vores evidensiver i sundhedsvæsenet er vi blevet mere katolske end paven. Og dette forhold kan være interessant at medtænke, da det påvirker vores sandhedsforståelse. De fleste sundhedsprofessionelle ville formodentlig afvise Heideggers sandhedsforståelse – den processuelle hændelse, der skaber en binding (Heidegger 1940, s. 25), som både er uklar og umulig at påvise empirisk – hvilket det også er. Sagt med hulemetaforen er der fare for, at den oplyste patient eller sygeplejerske, der netop er blevet udsat for en sandhedshændelse, vender tilbage til sundhedsvæsenet, og her vil have svært ved at begå sig. Begge er i overhængende fare for at bukke under for den sandhedsforståelse, der hersker i sundhedsvæsenet. Og hvis sandhedsforståelsen argumenteres for at være en medicinsk evidens – som er mere katolsk end paven - er den ny-dannede patient ilde stedt. Det er svært at overbevise nogen, der er mere katolsk end paven, om at tænke anderledes – så for at svare på spørgsmålet om, hvilke pædagogiske konsekvenser den sundhedsfaglige sandhedsforståelse har, er det vigtigt at være opmærksom på denne sandhedsforståelse. Grunden til, at det er vigtigt, er, at det kan påvirke ens åbenhed for andre måder at tænke sandhed på. Med andre ord må man også som sygeplejerske være opmærksom på sin egen tænkning og den baggrund, den har.

Hele diskussionen omkring sandhed kan virke en kende abstrakt, når man ligger som patient i en seng og kaster op eller har smerter. Derfor må det antageligvis være op til den enkelte sygeplejerske at foretage en vurdering i den konkrete situation af, hvorvidt patienten kan

magte at indgå i samtaler på sådan et metaniveau.

I et efterskrift til "Hvad vil tænkning sige?" af Heidegger skriver filosofen, Thomas Schwarz Wentzer, blandt andet følgende:

"Men også tænkningen kan undertrykkes af et indre tribunal eller censorat, når man alt for let afstår fra at udsætte sig for det utænkte eller det utænkelige og falder tilbage til stereotype rutiner og socialt sanktionerede tankemønstre" (Wentzer 2012, s. 231).

Og sandhedsforståelsen som værende evidens i naturvidenskabelig forstand kunne være et godt eksempel på socialt sanktionerede tankemønstre, der virker som en undertrykkelse af det utænkte eller utænkelige. Og det er et potentielt benspænd for den sygeplejerske, der ønsker at arbejde med en sandhedsforståelse som en proces. Hverken sygeplejersken eller patienten kaster sig dermed over et forsøg på at tænke det utænkte eller det utænkelige og dermed indskrænkes forståelsesmulighederne.

En pædagogisk konsekvens af Heideggers frihedsforståelse (Heidegger 1940, s. 29-30) kunne være, at sygeplejersken som pædagog er den, der befrier patienterne fra de lænker, diagnosesystemet antageligvis kan udgøre. Det vil sige at tilbyde en åbning, hvor patienterne kan binde sig til en ny forståelse af deres situation, som ikke er så afhængig af sproget fra diagnoserne. Sagt på en anden måde: Man risikerer som patient at blive fastholdt i en diagnosekultur, hvor diagnoserne bliver bestemmende for den menneskelige lidelse – og en del af befrielsen kunne være, at patienterne løsriver sig fra tendensen til diagnoser, som forklaringer på alle menneskelige oplevelser. Det kunne eksempelvis være sorg, ked-af-det-hed, angst, variationer over den menneskelige natur – fra "særligt sensitiv" til de urolige "ADHD-børn" eller hvad der nu aktuelt er fremme. Som sagt bliver listen med mulige diagnoser blot længere og længere, og snart kan alt patologiseres (jf. Brinkmann & Pedersen 2015a). Man kan antageligvis godt være ked af det uden at være deprimeret. Og man kan også blot være et mere aktivt barn uden af have ADHD. Når man så forsøger at støtte patienten til denne frigørelse fra diagnoselænkerne kan det umiddelbart virke forvirrende; patienten vil muligvis endda arbejde imod denne løsrielse, da det for dem er det virkelige og sande, sådan som det ser ud nede i hulen. Og derfor kan man forvente en smule modstand. Som sagt har vi ifølge Heidegger frihed til at modtage en ny binding (Heidegger 1940, s. 29).

Og denne nye binding er en binding til den nye forståelse, der har samlet sig af det værende. Man forpligter sig på en ny forståelse, og det skaber derved en binding. Og sygeplejersken kan være den befrier, der skal føre patienten ud af hulen – ud, hvor patienten kan give sig selv en binding til en ny forståelse af det værende.

Ziethen har ligeledes koblet Heideggers frihedsforståelse med den filosofiske praksis³⁴.

Ifølge Ziethens læsning af Heideggers frihedsforståelse er mennesket ikke fuldstændigt prisgivet det, der sendes i dennes retning. Den tilskikkelse, vi modtager, kan vi forholde os til ved at træde et "gelassende skridt tilbage", og deri ligger en frihed. En slags forholden sig til, hvad man tilskikkes af væren:

" (...) væren (...) lader en bestemt sandheds- og virkelighedsforståelse vokse frem i mennesket (og her må "væren" ikke forstås som en selvstændig entitet, der befinder sig et eller andet sted, mens den koder mystiske budskaber, som den efterfølgende sender til mennesket, men derimod det forhold, at der altid allerede har samlet sig en forståelse af virkeligheden i mennesket, mennesket samtidig kan og skal forholde sig til) (Ziethen 2014, s. 53).

Og friheden findes i den mulighed, mennesket har for livsførelse ud fra det tilskikkede ved at forholde sig til væren. Formuleret mere lavpraktisk skriver Ziethen, at det er den filosofiske praktikers opgave at hjælpe gæsten til at træde ind i det åbne område, hvor denne kan forholde sig til væren uden at give det grunde eller værdi. Værtens rolle bliver derved – som et medmenneske – at være sammen med gæsten i denne åbning (Ibid. s. 57-58). Og man skal ikke underkende værdien af at stå sammen med et medmenneske i en grænsesituation, hvor det indimellem kan føles som om, at man mangler fast grund under fødderne. Der er det en hjælp og støtte at have et andet menneske ved siden af.

Den sidste opfordring fra Heidegger i denne omgang må være: At huske væren (Heidegger 1940, s. 51).

³⁴ Ziethen refererer til Heidegger-teksterne; *Vom Wesen der Wahrheit, Brief über den Humanismus og Vorträge und Aufsätze*, hvilket giver en anderledes vinkling i forhold til sandhedsforståelsen hos Heidegger da hans filosofi som nævnt i perioden efter 1930 er under forandring (Lübke 2010, s. 295-301). På trods af lidt forskellige vinklinger af sandhedsforståelse synes det alligevel relevant at nævne her, da Ziethen har koblet Heideggers frihedsforståelse med opgaverne for værten for den filosofiske praksis.

Når sygeplejersken og patienten sammen skal filosofere – i den filosofiske praksis – skal de ifølge Heidegger være opmærksomme på ikke at forstå væren som Idea, ligesom Platon gjorde (Heidegger 1940, s. 41). For så bedriver de metafysik. Enhver form for subjektivitet – fornuft, ånd, tænkning eller logik – kan kun tilbyde forklaringer på uskjulthedens konsekvenser. Hvis vi skal følge Heidegger, er sandhed som uskjulthed et grundlæggende træk ved det værende ikke en kvalitet ved menneskets adfærd over for det værende (Ibid. s. 51). Væren er ikke et "noget". Det er ikke en genstand, hvilket betyder, at vi i den filosofiske samtale ikke kan spørge, "hvad" det er. Væren er selve muligheden for, at vi kan se genstande i verden. Og fokus på væren må vi fastholde ifølge Heidegger. Hvis vi genstandsgør væren, reducerer vi det til noget værende. Det vil sige, at vi skal snakke om det forhold, at der altid allerede har samlet sig en forståelse af det værende, når vi søger at forstå dette. Hvis vi søger at forstå grænsesituationerne, må vi gå til selve den forståelse, der altid allerede har samlet sig i os. Vi skal rette fokus på det forhold, at der overhovedet er noget, der viser sig for os. Og den tilgang vil for nogen nok virke en smule fremmedartet, da vi ikke er vant til at se på vores egen tænkning i den slags metaperspektiver. Noget af det, vi kan anvende til at se på vores tænkning, er tænkningens historie. Altså at vi, som Heidegger påpeger, er et produkt af en beslutning om eksempelvis, hvad sandhed skal forstås som (Ibid. s. 50). Denne beslutning har jo netop påvirket, hvad der efterfølgende er søgt efter som sandt og efterspurgt, og hvad der er blevet afvist. I løbet af min praktik forrige semester har jeg gentagne gange forsøgt at forklare de deltagende sygeplejersker, hvad værensbegrebet omhandler. Men det er tidskrævende, da hele tankegangen omkring den ontologiske differens mellem det værende og væren er meget fremmedartet for dem - og mig selv inklusiv. At der findes denne forskel må være noget, man tilegner sig gradvist ved at fastholde en åbenhed for det, der umiddelbart virker fremmed eller utænkeligt.

Opsummerende kan man sige, at den frigørende dannelsesproces er en overgang. Muligheden for at binde sig til en ny forståelse af det værende ligger som det skjulte, og sygeplejersken kan være befrieren, der fører patienten i denne proces.

3.3.9 Delkonklusion om værten

Indledningsvist blev der spurgt til, hvordan man mere konkret kunne gribe en filosofisk

praksis an i sundhedsvæsenet.

At understøtte en livskunnen via en filosofisk praksis er ikke en behandling. I en filosofisk praksis er det målet at støtte patienten mod en livskunnen, samtidig med at man anerkender, at patienten er den, der i udgangspunktet kan føre sit liv. For at kunne tilbyde koblingen mellem patienten og filosofien må sygeplejersken bruge noget tid på at sætte sig ind i nogle af de store værker. Og skabe et både fysisk såvel som et "mellemmenneskeligt rum", for at patienten kan forholde sig til grænsesituationerne. Sygeplejersken skal kunne gøre patienten opmærksom på, hvis vedkommende tager fejl og fastholde modet til at tænke anderledes. Dannelse forstås som en mulighed for at foretage en overgang fra en forståelse til en anden, så sygeplejersken skal derfor tænke dannelse som en proces. Den form for reorientering er vanskelig og kræver tid, hvilket kræver en fleksibilitet af sygeplejersken i forhold til at fange det øjeblik, hvor der er en åbning for en overgang fra én forståelse til en anden. Man skal hjælpe patienten til at forholde sig til sine egne meninger, vaner og hverdagsopfattelser. Stille spørgsmål, der gør patienten opmærksom på sin egen forståelse af virkeligheden og dermed også på forståelsen som en mulighed.

Sandhedsforståelsen i sundhedsvæsenet er præget af en medicinsk-evidens-tankegang, hvilken kan virke som et benspænd for den sygeplejerske, der ønsker at arbejde med en mere processuel sandhedsforståelse. Det er med andre ord vigtigt at kende sin egen tænkning og den forståelse af sandhed, der har samlet sig i den enkelte sygeplejerske. Sandhedsforståelsen som medicinsk evidens kunne være et eksempel på socialt sanktionerede tankemønstre, der kan virke undertrykkende for det utænkte eller utænkelige.

Sygeplejersken skal som en befrier tilbyde en åbning for, at patienterne kan binde sig til en ny forståelse af deres situation, der ikke er så afhængig af diagnosesproget. Man skal dog være opmærksom på, at det kan virke forvirrende for patienterne, og at de muligvis vil arbejde imod. Men man skal hjælpe patienten ind i det åbne område, hvor vedkommende kan forholde sig til væren og give sig en binding til en anden forståelse. Sygeplejerskens rolle bliver derved at være et medmenneske i denne åbning. Sygeplejersken skal huske væren og lade være med at genstandsgøre væren. Væren som det forhold, at der altid allerede har samlet sig en forståelse af det værende, når vi søger at forstå dette.

3.4 Kritik af teori og metode

Jeg har placeret den frigørende dannelsesproces inden for en rehabiliterende, lindrende, forebyggende og sundhedsfremmende ramme. Dette er valgt for at undgå, at processen bliver til et behandlingstilbud og for at vise, at sundhedspersonalet har andre opgaver end blot den behandlingsmæssige. Jeg har i den forbindelse ikke konkretiseret, hvorledes man kunne forstå en frigørende dannelsesproces som eksempelvis et sundhedsfremmende tilbud. Jeg kunne med andre have valgt at placere dannelsesprocessen i én af de ovenstående sundhedsfaglige opgaver for at give den en mere konkret ramme.

I min behandling af diagnosekulturen antager jeg, at mennesket er af en sådan støbning, at den diskurs, der er i samfundet har betydning for, hvordan man forholder sig til sig selv.

Denne pointe kunne være udfoldet gennem en mere sprogfilosofisk vinkling.

I forhold til den filosofiske praksis kunne jeg også have valgt eksempelvis Anders Lindseth, da han - som Finn Thorbjørn Hansen - også har arbejdet med en sundhedsfaglig filosofisk praksis. Lindseths vinkling er mere trøstende og forsonende i forhold til sygdomserfaringen (Lindseth 2011), hvilket også havde været relevant, men jeg søgte en mere aktiv forholden sig, og derfor faldt valget på Achenbach.

Flere gange undervejs i specialet har jeg anført, at det, der er det rigtige at gøre, må udspringe af den konkrete situation med patienten – både i forhold til at respektere dennes nej tak og i forhold til at forsøge at facilitere den mere frigørende dannelsesproces. En måde at beskrive dette skøn kunne være via phronesis-begrebet, som således også havde været relevant at inddrage.

4. Konklusion

Den første målsætning med dette speciale var at redegøre for, hvad det er for en situation, patienterne befinder sig i. Herunder hvad der forstås ved grænsesituationerne og diagnosekulturen og hvorledes disse påvirker patientens muligheder for at tage ansvar for eget liv.

Som første projekt blev grænsesituationerne – at vi er underlagt tilfældet, at vi indvikler os i skyld, at vi må lide, at vi må kæmpe og at vi skal dø – gennemgået i forhold til, hvorledes de viser sig aktuelt i sundhedsvæsenet. Der synes at være en tendens til, at grænsesituationerne anses som noget, der kan behandles væk. Som følge af en stærk naturvidenskabelig forankring i sundhedsvæsenet tilsløres den åbning, der potentielt kan findes i grænsesituationerne.

Denne form for tilsløring påvirker patienternes muligheder for at tage ansvar for eget liv.

Som en anden udfoldelse af den situation, patienterne befinder sig i, blev der ligeledes redegjort for diagnosekulturen. Den menneskelige lidelse præges af en diagnostisk logik, som viser sig i vores dagligdagsprog, hvor diagnostiske termer anvendes til at beskrive de vilkår, vi står i. I denne diagnosekultur umyndiggøres patienterne. Der forsøges efter naturvidenskabelige forklaringsmodeller, hvor sygdom forstås som afgrænsede entiteter. Epigenetisk forskning synes ligeledes at understøtte umyndiggørelsen. Den diagnostiske umyndiggørelse påvirker dermed også patienternes mulighed for at tage ansvar for eget liv.

Den næste målsætning med dette speciale var at diskutere, hvilke krav der stilles til patienterne, der skal indgå i en frigørende dannelsesproces; herunder at have modet til at gøre brug af sin egen fornuft og at have frihed.

Den første opfordring til patienten står Kant for. Han mener, det er en selvforskyldt umyndiggørelse, når man ikke har *modet* til at betjene sig af sin egen forstand, og oplysning er vejen ud af umyndiggørelsen. Ethvert menneske har en hang eller et kald til fri tænkning.

Patienterne ankommer i udgangspunktet til sundhedsvæsenet som myndige og fornuftige frie mennesker. Begrebet, empowerment, kan anses som et forsøg på at give patienterne pladsen og muligheden for at have modet til at bruge deres fornuft uden ledelse af sundhedspersonalet. Men empowerment er ikke et problemfrit begreb, da personalet altid vil besidde en merviden, hvilket kan betyde en passivisering af patienten. Oplysningen er et ansvar, vi har som menneske ifølge Kant, og selvom det er okay at tage en pause fra

oplysningen i forbindelse med sygdom, vil opfordringen fortsat lyde: Sapere aude!
For Jaspers er fornuft identisk med den uindskrænkede vilje til kommunikation. Den sande oplysning er bekendt med grænserne for den menneskelige tænkning og er forankret i en filosofisk tro, som forbliver ubeviselig, og som man kan kun gøre opmærksom på ved tankevirkosomhed eller minde om dem ved at appellere. Chifferet er Jaspers' begreb for den adgang, mennesket har til væren. Troen kommer ifølge Jaspers fra den menneskelige frihed. Vi har frihed til at vælge at anvende vores fornuft til at forestille os Gud og det omgribende. Vi er ufrie, når vi ved den genstandsbundne, forstandsmæssige tænkning kun har fokus på det, vi umiddelbart er i stand til at se.

Der foregår overvejende en falsk oplysning i sundhedsvæsenet med udgangspunkt i den ene part som fagperson. Den sande oplysning fordrer en kommunikation mellem eksistens og eksistens. Patienten er en eksistens, der har frihed til at have en filosofisk tro og et Gudsforhold. Målet med den sande oplysning er det omgribende. Vi må bruge vores fornuft som evnen til via kommunikationen med andre at forestille os, at der kunne være et forhold, der hed det omgribende. Patienterne skal opsøge den sande oplysning, fordi de er en eksistens og ikke bare et biologisk forstandsmæssigt nydelsesfuldt dyr med en selvopholdelsesdrift. Der efterspørges et rum, hvor de eksistentielle grænsesituationer og forståelsen af disse kan udfolde sig, som ikke nødvendigvis er et ateistisk rum. Jaspers' Gud og filosofiske tro kan tilbyde en lindring for patienterne, der kan gøre det lettere at bære de lidelser, der findes i grænsesituationerne. Det omgribende gøres udsigeligt via cifre eller symboler, og patienterne bruger allerede disse.

Den tredje og sidste målsætning med specialet var at tilbyde metodiske anvisninger inden for rammen af den filosofiske praksis for den sygeplejerske, der ønsker at arbejde med en frisættende dannelsesproces.

I en filosofisk praksis er det målet at støtte patienten mod en livskunnen, samtidig med at man anerkender, at patienten er den, der i udgangspunktet kan føre sit liv. For at kunne tilbyde koblingen mellem patienten og filosofien må sygeplejersken bruge noget tid til at sætte sig ind i nogle af de store værker og skabe et både fysisk såvel som et "mellemmenneskeligt rum", for at patienten kan forholde sig til grænsesituationerne.

Den frisættende dannelsesproces forstås som muligheden for at foretage en overgang fra en forståelse til en anden, så sygeplejersken skal derfor tænke dannelse som en proces. Den form

for reorientering er vanskelig og kræver tid, hvilket stiller krav om en fleksibilitet hos sygeplejersken i forhold til at fange det øjeblik, hvor der er en åbning for en overgang fra en forståelse til en anden. Man skal hjælpe patienten til at forholde sig til sine egne meninger, vaner og hverdagsopfattelser og stille spørgsmål, der gør patienten opmærksom på dennes forståelse af virkeligheden og dermed også på forståelsen som en mulighed.

Sandhedsforståelsen i sundhedsvæsenet som medicinsk evidens kunne være et eksempel på socialt sanktionerede tankemønstre, der kan virke undertrykkende for det utænkte eller utænkelige.

Sygeplejersken skal som en befrier tilbyde en åbning for, at patienterne kan binde sig til en ny forståelse af deres situation, der ikke er så afhængig af diagnosesproget. Men man skal hjælpe patienten ind i det åbne område, hvor vedkommende kan forholde sig til væren og give sig en binding til en anden forståelse. Sygeplejersken skal huske væren og så vidt muligt undgå at genstandsgøre væren.

Den sidste afsluttende pointe herfra må være den, at såfremt man ønsker at implementere ovenstående tre målsætning i en sundhedsfaglig praksis, fordrer det, at personalet ikke kun prioriterer den behandlingsmæssige opgave, men sætter fokus på de andre mere lindrende, rehabiliterende, forebyggende eller sundhedsfremmende opgaver. I disse opgaver kunne en mere frisættende filosofisk praksis rettet mod patienternes livskunnen - i mødet med grænsesituationerne og uafhængigt af diagnosekulturen og med udgangspunkt i patienternes mod og frihed - placeres.

5. Referencer

Achenbach G. B. (2002) *Philosophical Practice opens up the Trace to Lebenskönnerschaft*. I: Herrestad H., Holt A., Svare H. (red.) *Philosophy in Society*. Unipub Forlag

Andersen M.L., Brok P.N., Mathiasen H. (2000) *Empowerment på dansk*. Dafolo Forlag. Frederikshavn.

Bartholdy J. (2003) *Styrke til at handle selv*. *Sygeplejersken* (26): s. 22-24

Bredstoff T. (2017) *Tøsne og forsythia. Noget om livet med Alzheimers*. Gyldendal

Bregnballe B., Rodkjær LØ., Ågård AS., Handberg C., Lomborg K. *Fælles beslutningstagen – en metode til patientinvolvering*. *Sygeplejersken* 2015; (12): 74-76

Brinkmann S., & Petersen A. (2015a) *Diagnoser i samtiden – en introduktion*. I: Brinkmann S., & Petersen A. (red.) *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion*. Forlaget Klim

Brinkmann S., & Petersen A. (2015b) *Dilemmaer og paradokser i diagnosekulturen*. I: Brinkmann S., & Petersen A. (red.) *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion*. Forlaget Klim

Delmar C. (2005) *Er du mere katolsk end paven – anvendelse af evidens i sygeplejen*. *Klinisk sygepleje*. Vol. 19, nr. 2 s. 28-34

Eriksson K. (2008) *Det lidende menneske*. Munksgaard Danmark

Haagen K. B., Herbert R., Jamtvedt G., Mead J. (2008) *Evidensbaseret praksis*. Munksgaard Danmark, København

Hansen F.T. (2008). *At stå i det åbne. Dannelse gennem filosofisk undren og nærvær*.

København. Hans Reitzels Forlag.

Hansen F.T. (2016). *At undres ved livets afslutning*. København. Akademisk Forlag

Heidegger M. (1940) *Platons Lehre von der Wahrheit*. A. Franke AG. Bern

Jaspers K. (1950). *Fornuft og Anti-fornuft*. Tre gæsteforelæsninger, holdt på Universitetet i Heidelberg. Steen Hasselbalchs Forlag. På dansk ved Hultberg H.

Jaspers K. (1965) *Hvad er filosofi?* HAASES FACETBØGER. Oversat efter den schweiziske originaludgave "Einführung in die Philosophie" af Engel M. & Hultberg H.

Jaspers K. (1919) *Psychologie der Weltanschauungen*.

<https://archive.org/details/psychologiederwe00jasp>

Jensen U. J. (2004) *Evidens, viden og sundhedsfaglig praksis i filosofisk perspektiv – eller faren ved at være mere katolsk end paven*. I: Bruun J.J., Hanak M.L., Koefoed B.G. (red.). Viden og evidens i forebyggelsen. Sundhedsstyrelsen, København

<https://www.sst.dk/~ /media/C5C206D0B3444A61AD63F5D44AAABD91.ashx>

Jørgensen C. R. (2015) *Psykiatrisk diagnostik i dynamisk psykologisk lys*. I: Brinkmann S., & Petersen A. (red.) *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion*. Forlaget Klim

Jørgensen M. B., Nielsen M. N., Bargfelt E. (2016) *Eksistenslaboratorium. En undervisningsmodel til sundhedsprofessionelle*. Region Hovedstaden. Kolofon

Kant I. (1783) *Besvarelse af spørgsmålet: Hvad er oplysning?* I: Kant I. Oplysning, historie, fremskridt. Historiefilosofiske skrifter. Slagmarks Skyttegravsserie 2000

Kjeldsen S.B. (2014) *Brugerinddragelse er afhængig af den person, patienten møder*. Sygeplejersken (1): 12

Lahav R. (1996) *What is Philosophical in Philosophical Counselling?* Journal of Applied Philosophy, Vol.13, No.3

Lindseth A. (2011) *Når vi bliver syge på livets vej – en udfordring for filosofisk praksis. I:* Knox J.B.L. & Sørensen M. (red). *Filosofisk praksis i sundhedsarbejde*. Frydenlund

Lübke P. (red) (2010) *Politikens filosofleksikon. 2.udgave*. Politikens Forlag.

Lystbæk C. (2002) *Sygeplejersken som filosofisk praktiker – bør hun, gør hun, tør hun?* Klinisk sygepleje (16), s. 50-54

Malin N. & Teasdale K. (1991) *Caring versus empowerment: considerations for nursing practice*. Journal of Advanced Nursing (16), s. 657-662

Martin H.M. (2010) *Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv*. Dansk Sundhedsinstitut

Mortensen K. M. (2014) *Karl Jaspers liv, samtaler og tænkning*. Aalborg Universitetsforlag

Nielsen J., V. (2009) *Eksistentialisme og eksistensfilosofi – et genealogisk perspektiv. I:* Amdisen P., H., Holst J., Nielsen J., V. (red). *At tænke eksistensen. Studier i eksistenstænkningen historie*. Aarhus Universitetsforlag. (e-bog)

Pedersen L., Kirk K. (2014) *Ny rolle og magtfordeling mellem patienter og sundhedsprofessionelle*. Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen (2) s. 30-43

Platon. (2007) *Staten*. Platonselskabets skriftserie bind 6. Andersen, Ø., Blomqvist, J., Mejer, J., Hällström, G. (red) Museum Tusulanums Forlag. Uændret genoptryk 8.oplag 2007.

Schanz H-J. *Europæisk idehistorie*. Høst & Søns Forlag. København

Thinggard V. (2007) *De stakkels rygere*. Klinisk sygepleje (37) s. 65-74

Thomsen P. H. *Børne- og ungdomspsykiatriske diagnoser*. I: Brinkmann S., & Petersen A. (red.)
Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion. Forlaget Klim

Vesterdal A. (2004) *Faglig kommentar: Empowerment i praksis*. Sygeplejersken (3): 11

Vestergaard P., Sørensen T., Kjølbye M., Videbech P. (2006). *Psykiatri: en lærebog om voksnes psykiske sygdomme*. FADL's Forlag. København.

Videbech P. (2005) *Depression, stress og moderne hjernefunktion: moderne depressionsopfattelse*. I. Månedsskrift for praktisk lægegerning, Årg. 83, nr. 11 s. 1321-1331

Wentzer T.S. (2012) *Tænkning uden faktura*. I: Heidegger M. Hvad vil tænkning sige? Klim

Ziethen M. (2014) *Filosofisk praksis – mellem tildragelse og livsførelse*. Norsk filosofisk tidsskrift. Vol. 49 nr. 1 s. 44-60

Østergaard C.B. (2009) *Kants kritik af den rene fornuft*. Informations Forlag (e-bog)

Internetkilder - alle bekræftet den 30.5.2017

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=183932#idf6ac9508-afcf-4580-b7e0-18102ee7352c>

<https://www.kristeligt-dagblad.dk/liv-sjael/eksistentielle-spoergsmaal-skal-ind-paa-hospitalerne>

http://vis.dk/system/files/patienten_som_partner_-_handlemuligheder_og_effekter.pdf

<http://denstoredanske.dk/index.php?sideId=69011>

http://www.achenbach-pp.de/de/philosophischepraxis_text_was_ist.asp

<http://www.hospitalsenhedmidt.dk/afdelinger-og-centre/center-for-planlagt-kirurgi/forskningsenheden/igangvarende-forskning/copingsprojekter-cpk/>

<https://plato.stanford.edu/archives/spr2011/entries/jaspers/>

<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hjerte-og-blodkar/sygdomme/diverse/livstilssygdomme/>

<https://www.sst.dk/da/planlaegning/ulighed>

<http://www.hospiceforum.dk/page457.aspx?recordid457=357>

<http://nyheder.tv2.dk/lokalt/2017-01-16-laegerne-vil-ikke-genoplive-71-aarige-erik-det-er-simpelthen-en-doedsstraf>

<http://www.who.int/classifications/icd/en/>

<http://www.etiskraad.dk/~media/Etisk-Raad/Etiske-Temaer/Diagnoser/Publikationer/2016-Baggrundstekst-3-Hvad-er-sygdom.pdf?la=da>

<http://funktionellelidelser.dk>

<http://funktionellelidelser.dk/for-patienter-paaroerende/hvis-du-er-patient/>

<https://www.kristeligt-dagblad.dk/liv-sjael/hvis-traumer-gaar-i-arv-i-hvor-hoej-grad-er-vi-saa-vores-fortid>

<https://www.hjernesagen.dk/om-hjerneskader/foelgevirksomheder/skjulte-skader/kognitive-skader>

<http://www.indadvendt.dk>

<https://www.kristeligt-dagblad.dk/kirke-tro/danskerne-har-fundet-et-nyt-ord-deres-tro>