

Faktorer, der har betydning for sygeplejerskers holdning til "God Klinisk Praksis"

Patrik Kjærdsdam Telléus^a, Dorte Møller Holdgaard^b, Birthe Thørring^c

^a Department of Health Science and Technology, Aalborg University, pkt@hst.aau.dk

^b Multidisciplinary Pain Centre, Department of Anaesthesia and Intensive Care Medicine, Aalborg University Hospital, demh@rn.dk

^c Multidisciplinary Palliative Unit, Department of Oncology, Aalborg University Hospital, birthe.thoerring@rn.dk

DOI: <http://dx.doi.org/10.5324/eip.v13i2.3001>



This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Vi gennemførte i 2016 et omfattende empirisk studie (n=2129) på Aalborg Universitetshospital med henblik på at afdække de forskellige sundhedsprofessioners etiske holdninger. Hensigten var at afdække eventuelle forskelle mellem professionerne samt at få begrebsliggjort de etiske tankemønstre, der er tilstede i den kliniske praksis. Vi fandt i den indledende dataanalyse, at vi med signifikans kunne vise, at plejegruppen i højere grad bruger nærhedsetiske og omsorgsetiske vurderinger, til forskel fra lægegruppen, der er mere pligtetisk funderet. Undersøgelsen blev sat op ved brug af vignetmetoden, der giver mulighed for at indsamle kvantitative data, der er velegnede til en statistisk analyse, men som samtidig også muliggør en kvalitativ undersøgelse ved en efterfølgende hermeneutisk analyse af udvalgte besvarelser. I denne artikel studerer vi undersøgelsens resultater inden for sygeplejegruppen alene med det formål at uddrage, hvad deres vurderinger kommer an på, og at diskutere, hvordan disse faktorer indbyrdes forholder sig til hinanden og skaber sammenhæng. Med udgangspunkt i dette finder vi frem til, hvordan sygeplejerskernes etiske holdninger som helhed formes af de særlige værdier, som den nærhedsetiske profil understøtter, men som videre også giver et mere fleksibelt og nuanceret billede af sygeplejeetikken.

Nøgleord: sygeplejeetik, vignetmetoden, hermeneutik, patientperspektiv, klinisk praksis

English title: Factors that influence nurses' attitude to "good clinical practice" - a qualitative analysis of data from an empirical study at Aalborg University Hospital

In 2016, we conducted a comprehensive empirical study (n = 2129) at Aalborg University Hospital in order to uncover the ethical attitudes of various health professions. The intention was to uncover any differences between professions as well as to conceptualize the ethical thought patterns present in clinical practice. We found

in the preliminary data analysis that we could show with significance that the group of care givers uses relational ethics and care ethics assessments to a greater extent as opposed to the more duty ethics based group of physicians. The study was set up using the vignette method, which allows for the collection of quantitative data suitable for statistical analysis, but which also allows for a qualitative study by a subsequent hermeneutical analysis of selected answers. In this article we study the results of the study within the nursing group solely for the purpose of extracting what their assessments depend on and discussing how these factors relate to each other and create some form of moral coherence. Based on this we find how nurses' ethical attitudes are shaped by the particular values that the relational ethical profile supports, but also how this profile is modified and flexible to the conditions of clinical settings and situations. In the end our interpretation provides us with a more nuanced picture of nursing ethics than a single theoretical perspective or a set of guidelines provide.

Keywords: nursing ethics, the vignette method, hermeneutics, patient perspective, clinical practice

Indledning

Hvad kommer en faggruppes etiske holdninger, vurderinger og dermed handlinger i den kliniske praksis egentlig an på? Den enkelte faggruppe har sine etiske retningslinjer såvel nationalt som internationalt at læne sig op ad, men hvad afgør i sidste ende valget, når svarene i en konkret situation ikke er at finde i de overordnede retningslinjer? Robertsen (1996) beskriver, på baggrund af et etnografisk studie, en forskel mellem sygeplejerskers og lægers professionsetik og advokerer for behovet for at bruge etisk teori for bedre at forstå disse forskelle samt for at finde fælles løsninger. Garbutt og Davis (2011) fortæller blandt andet, at administrativt personale i højere grad end klinisk arbejdende har en utilitaristisk/konsekvensetisk tilgang, og at det faktisk bør være således, hvis et hospital skal kunne fungere. Kangasniemi, Pakkanen og Korhonen (2014) konkluderer, at der er brug for mere viden om professionsetik for at forstå og støtte sygeplejerskers etiske overvejelser og beslutninger, ikke mindst i forhold til de løbende forandringer og dermed udfordringer, som sundhedsvæsenet undergår i disse år. På baggrund af et tidligere studie vil vi i denne artikel fokusere på en uddybende beskrivelse af, hvad der er særligt for sygeplejegruppens etiske profil, eller med andre ord hvad der kendetegner sygeplejerskernes holdninger til ”den gode kliniske praksis”.

Som forskningsgruppe ved Den Lokale Klinisk Etske Komité ved Aalborg Universitetshospital har vi i 2016 gennemført et empirisk studie (n=2129) med henblik på at afdække forskelle mellem professioners etiske vurderinger. Vi fandt i den indledende dataanalyse, at vi med signifikans kunne vise, at plejegruppen i højere grad bruger nærhedsetiske og omsorgsetiske vurderinger, til forskel fra lægegruppen, der er mere pligtetisk funderet. (Telléus, Holdgaard and Thørring 2018)

Undersøgelsen tillader også, at vi kan grave dybere og begrebsliggøre forskellene i robuste profiler. Her viser vores undersøgelse, at der er en særlig sygeplejeetik, hvor f.eks. den relationelle dimension eller nærhedsetikken står centralt. Det synes derfor naturligt yderligere at belyse, hvilke grundholdninger, værdier og normer denne etik i praksis er repræsenteret af, og hvorvidt nogle faktorer er mere centrale end andre.

Undersøgellesdesign

Vignet-metodologier er en form for sociologiske metoder til spørgeskemaundersøgelser, som er velegnede til at undersøge holdninger, evalueringer, forestillinger, fortolkninger, omdømme etc. i et givet deskriptivt scenario. Vignetten er en realistisk beskrivelse af en situation, men konstrueret således, at en bestemt variabels indflydelse kan afdækkes. Pointen er at finde ud af, hvordan en respondent forholder sig til et bestemt scenario, hvis en enkelt eller flere faktorer varierer i et ellers ensartet scenario. F.eks. kan vignetten beskrive en situation, hvor en socialrådgiver skal tage stilling til en klients ønsker og behov, hvorefter man varierer f.eks. klientens alder, civilstatus og navn for at finde ud af, om disse faktorer har indflydelse på respondentens stillingtagen. Vignetten kan også beskrive en kompleks og/eller problematisk situation som f.eks. en lektion i folkeskolen med forskellige forstyrrelser, hvorefter respondenter bedes rangordne forskellige handlemuligheder efter, hvad man vurderer som mest væsentligt at tage fat på. Vignet-metodologier kan bruges i kvalitative undersøgelser som oplæg til f.eks. fokusgruppeinterviews. (Ejrnæs og Monrad 2012) Vignet-metodologier er beslægtede med Factorial Survey Method, der er blevet brugt i undersøgelser af former for dømmekraft (Wallander 2011), samt specifikt i forhold til kliniske situationer. (Evens, Roberts, Keeley, Blossom, Amaro, Garcia, ... Reed 2015)

I vores indledende professionsetiske studie ved Aalborg Universitetshospital var den variabel, der varieredes i vignetterne, den etiske begrundelse. Udformningen af variationer for denne variabel fandt vi gennem brug af normative teorier. Moralfilosofien giver os en bred vifte af muligheder for værdibaserede domme og etiske overvejelser. Ved at se på det teoretiske område for medicinsk etik kunne vi indsnævre den etiske begrundelse til tre forskellige variationer. (Beauchamp and Childress 2013; Judson and Harrison 2016) Disse var en pligtetisk tilgang, en konsekvensetisk tilgang og en nærhedsetisk tilgang. Vi definerede dem ved hjælp af den moralfilosofiske litteratur (Nyeng 2005; Christensen 2012; Husted 2005; Backström och Torrkulla 2013) på følgende måde.

Pligtetik peger på, at mennesket har pligt til at respektere både en ydre og en indre autoritet. Den ydre autoritet kan være samfundets love, principper eller værdier. Den indre autoritet består i, at mennesket følger den moral, det er udstyret med i kraft af at være et bevidst fornuftsvæsen. Mennesket er samtidig frit til at vælge. Viljen til den gode handling er derfor afgørende. Noget af det, der kendetegner en pligtetisk tankegang, er respekt for autonomi, ansvarlighed, lovlighed, faglighed, fornuft og korrekthed.

Konsekvensetik peger på, at vi giver moralsk værdi til handlinger på baggrund af de konsekvenser, som de fører til. Det er således centralt, at mennesket forholder sig til konsekvenserne af en given handling. Handlingen er god, når konsekvensen af handlingen er god, og ofte opfatter man det gode som opfyldelse af behov, skabelsen af nytte, alternativt som fritagelse for smerte. Med i vurderingen af en handling er samfundsperspektivet og hensynet til flertallet. Væsentlige perspektiver er resultatorientering, almennytte, omkostninger, virkninger, effektivitet og gavn.

Nærhedsetik peger på, at etikken udspiller sig i det konkrete møde mellem mennesker, hvor menneskelige grundfænomener som barmhjertighed, åbenhed og tillid kommer til udtryk. Når vi mødes i de personlige relationer, oplever den enkelte en fordring til at tage vare på sine medmennesker. Spørgsmål om omsorg og indlevelse viser sig i holdning og handling i forhold til de konkrete situationer, man

er en del af. Inden for nærhedsetikkens rammer er fokus på samtale, sårbarhed, samhørighed, det umiddelbare og nærliggende, fornemmelse og intuition.

Med udgangspunkt i, at den medicinske etik omfattes af fem hovedområder: livets begyndelse, livets afslutning, rettigheder, distributionsetik og sundhedsvidenskab (Andersen, Mabeck og Riis 1985), blev klinisk etiske emner udvalgt. Dette brede emnevalg blev gjort for at sikre en vis grad af fortrolighed for alle respondenterne, samt for at tillade en mangfoldighed af temaer og problemer, der ikke favoriserede en bestemt medicinsk etikposition eller etisk argumentation.

Emnerne blev konceptualiseret gennem troværdige kliniske situationer, formuleret af erfarne klinikere. Hvorefter vignetterne blev konstrueret med henblik på at variere de tre etiske tilgange som afgørende for, hvordan de kliniske situationer fremstod. F.eks. blev nogle vignetter beskrevet med fokus på konsekvenserne af situationen (som f.eks. omkostninger eller behandlingseffekt), andre med fokus på at tilgodese patientens autonomi og en faglig ansvarlighed, og andre igen ved at være opmærksom på sårbarhed og stemning i situationen.

Besvarelsen af en vignette betegnede således en grund eller sympati, som er i overensstemmelse med den etiske position, der blev præsenteret i vignetten. Samlet genererede svarene et billede af fordelingen eller vægtningen af de tre variationer, dvs. i hvilket omfang respondenterne havde en tendens til at understøtte og identificere sig med den pligtetiske, den konsekvensetiske og/eller den nærhedsetiske tankegang. For at styrke undersøgelsen valgte vi at spørge respondenterne på to forskellige måder og opdelt derfor spørgeskemaet i en del 1 og en del 2. I del 1 angav vignetterne en handling eller en beslutning i overensstemmelse med kun en af de tre variationer. Respondenterne angav på Likert-skalaen, i hvilket omfang han/hun billigede eller misbilligede det beskrevne scenarie. I del 2 beskrev vignetterne en klinisk situation med brug af et minimum af værdiladede udtryk. Vignetten gav herefter tre forskellige muligheder for yderligere handling eller beslutning. De tre muligheder var berettigede af hver deres etiske tilgang. Respondenterne valgte den mulighed, han/hun foretrak eller sympatiserede mest med.

Spørgeskemaet blev designet i det elektroniske system SurveyXact, leveret af Rambøll Corporation (<https://www.surveyxact.com/>). Det blev udsendt elektronisk i juni 2016 til alle medarbejdere på Aalborg Universitetshospital. Med hjælp af de demografiske oplysninger fik vi lavet en gruppe, bestående af de 684 respondenter, der angav deres profession som sygeplejerske. Det er denne gruppes samlede besvarelse, der ligger til grund for den nærmere analyse i denne artikel.

Den hermeneutiske fortolkning af sygeplejegruppen

I denne artikel ønskede vi som sagt at undersøge de etiske grundmotiver hos sygeplejerskerne. Tesen var, at der må være noget, holdningerne ”kommer an på”. I den samlede besvarelse havde vi et umiddelbart billede af, i hvilket omfang sygeplejerskerne lænede sig op ad de tre etisk-teoretiske tilgange, vi havde defineret som tilstede i vignetterne. Men for at nuancere dette billede ville vi nu se på, om vi kunne finde nogle grundlæggende motiver i netop sygeplejegruppen, som gik på tværs af de etiske teorier, og som måske dannede en form for kohærens mellem ellers divergerende holdninger. Vi ønskede kort sagt at forstå det billede bedre, som sygeplejegruppens besvarelse gav os.

Som metode for dette valgte vi en hermeneutisk inspireret fortolkningsmodel (Kvale og Brinkmann 2008). Grundtanken var, at vi kunne sætte vores viden om moral, om sygepleje og om klinisk etik i spil ved at genbesøge vignetterne og besvarelsen i et forsøg på at tolke, hvorfor og hvordan der heri fremtræder en form for sygeplejeetik. Vi søgte en form for mening i besvarelsen, og derfor var netop en hermeneutisk meningskondensering et oplagt metodevalg.

Kvale og Brinkmann (2008) beskriver en proces, der består af tre elementer: kodning, kondensering og fortolkning. Analyseprocessen er inspireret af sociologiske metoder som f.eks. grounded theory og har en klar vægtning af at finde mening i et tekstbaseret datamateriale ved en interaktiv og cirkulær læsning. I kodningen gennemlæses teksten med henblik på, via en omfattende indholdsanalyse, at identificere nøglebegreber og systematisk kortlægge kategorier. Kodningen er styret af dels en åbenhed for teksten, hvori store stykker tekst medtages, og dels forudfattede koder som f.eks. bestemte symboler og aktiviteter. I kondenseringsdelen af analysen arbejder man videre fra kodningen hen imod temaer ved hjælp af enheder i de kodede tekstafsnit, samt trækker den tematiske essens ud af dem. I kondenseringen foregår en transfer mellem de mere praktiske og naturligt kodede afsnit og et mere abstrakt og teoretiserende niveau. I den sidste del af analysen kommer en meningsfortolkning, i hvilken den nu tematiske struktur sættes ind i en større sammenhæng, enten teoretisk eller kontekstuel. Således bliver fortolkningen en tekststudvidelse i forhold til de to første tekstreducerende dele af processen. I fortolkningen kommer de hermeneutiske principper om, at teksten f.eks. ikke er forudsætningsløs, at man søger en indre enhed i teksten, som gerne er uden logiske modsigelser, og at den tematiske udlægning af teksten kræver et interaktivt og epistemisk samspil mellem tekst og læsere. (Kvale og Brinkmann 2008: pp. 223-243)

Med denne metode gik vi på jagt efter etiske temaer og faktorer, der kunne formodes at forklare det etiske profilbillede hos sygeplejegruppen. Fremgangsmåden bestod af følgende syv trin.

1. Det totale datamateriale for sygeplejegruppen blev gennemlæst i dets helhed; alle 50 vignetbeskrivelser og sygeplejegruppens besvarelser. En første kodning blev gennemført med udgangspunkt i at finde afvigelser, paradokser og nuancer i besvarelsen.
2. Studiets første del blev herefter udvalgt til at udgøre datagrundlaget. Mængden på 30 beskrivende vignetter blev vurderet som tilstrækkelig, og det var også i den første del, at de største nuanceringer blev fundet i forhold til den samlede etiske profil.
3. Herefter blev hver enkelt vignet kodet med henblik på at identificere de væsentlige moralske nøglebegreber, og i forhold til en mere systematisk kategorisering i form af de etisk-teoretiske tilgange og mere almene grundmotiver, som f.eks. hvad der ville anses for at være ”den gode handling”.
4. På baggrund af kodningen gennemførte vi en meningskondensering ved at definere de essentielle etiske temaer i tekstafsnittene. Her var det væsentligt ikke at bruge de etiske teorier som grundlag, men i stedet mere almenmoraliske temaer. Disse temaer var beskrivende i forhold til menneskelig ageren, i forhold til menneskelige rettigheder eller i forhold til livsfænomener.
5. De enkelte temaer, der udgør en form for potentiel meningsdannelse, blev sat i relation til gruppens besvarelse og den oprindelige kodning af besvarelsene,

som en måde at skabe en tematisk struktur over sygeplejernes meningsgivende holdning til temaet på. Dette italesatte vi med grundspørgsmålet: Hvad kommer holdningen ”an på”?, hvilket fungerede som rettesnor for meningskondenseringen.

6. Denne grundlæggende hermeneutiske fortolkningsproces viste sig som en tilbagevendende vekselvirkning mellem analytisk præcisering af etiske temaer og den meningsdannende fortolkning i lyset af grundspørgsmålet, hvor vi løbende lod os inspirere af fundene i analyse- og fortolkningsprocessen.
7. Som afslutning gennemførte vi en, i forhold til teksten, udvidet kategorisering af vores fund. Her samlede vi fortolkningen under konceptualiserede emner eller kategorier, som vi efterfølgende brugte til at skabe en overordnet mening i sygeplejegruppens besvarelse og profil, og som vi kan relatere til andre eksisterende forestillinger og retningslinjer.

De fremkomne kategorier

Gennem analyse- og fortolkningsprocessen fremkom følgende kategoriseringer som de dominerende meningsgivende emner.

1. Autonomi, faglighed og hensynet til den svage.
2. Retfærdighed i forhold til fordeling af ressourcer.
3. Mål-middel-dilemmaer, herunder forskning.

Der var selvfølgelig også andre koncepter og temaer på spil, såsom eksempelvis medlidenhed, tillid, mod og ærlighed. Disse er ikke udtaget som selvstændige kategorier eller samlet i temaer, da de ikke kunne genfindes i samme omfang via den hermeneutiske fortolkning, men de optræder delvist inden for rammerne af de tre overordnede kategorier.

Autonomi, faglighed og hensynet til den svage

Hvad udfordrer autonomibegrebet, når der planlægges eller udføres sygepleje? Hvor langt kan sygeplejersker acceptere, at autonomi-begrebet ”strækker sig”? I hvor vid udstrækning må det gå ud over deres lærdom om god faglighed og deres opfattelse af, hvad der vil være til patientens bedste?

Det viste sig, at sygeplejegruppen finder det naturligt at ”overrule” retten til selvbestemmelse, når det drejer sig om en temmelig dement dame, der ikke vil soigner på trods af det nødvendige heri. Damen fremtræder hjælpeløs og uden reel forståelse for valgets negative konsekvenser. En mulig forklaring på sygeplejerskegruppens markante accept af dette overgreb kan måske findes i, at damen løbende informeres om ”overgrebet”, og at det udføres nænsomt.

Til sammenligning ses i en anden vignette en ældre, temmelig dement mand, der ikke vil indtage sin livsvigtige medicin, og hvordan sygeplejerskegruppen i højere grad accepterer hans fravalg og finder det forkert at gemme medicinen i hans mad. Dette endda på trods af, at familien finder ”overgrebet” acceptabelt.

En forklaring på sygeplejerskegruppens forskellige holdninger til to sammenlignelige situationer kunne være, at damen måske er beskrevet som mere hjælpeløs end den mandlige patient, men en anden væsentlig forklaring er, at der i den anden vignette skal lyves over for patienten. Det gør man ikke i den første. Her informeres patienten løbende om overgrebet og dermed om, hvorfor det udføres.

Derudfra kunne det tænkes, at et fænomen som ærlighed og dertilhørende tillid kunne være et væsentligt fundament for sygeplejegeringen.

Opsummeret finder sygeplejerskegruppen det etisk forsvarligt at tilsidesætte patientens autonomi, når patientens valg er fagligt uforsvarligt, når patienten fremtræder hjælpeløs samt uden forståelse for valgets konsekvens. Mest væsentlig er dog måden, hvorpå patienten informeres om overgrebet og dets årsag på. Her lægges der vægt på ærlighed over for patienten. Man kan sige, at autonomibegrebet må udfordres åbent og ærligt og ikke med løgnen som afsæt.

At handlinger, der er kendetegnet ved oplevelsen af løgn, er en udfordring for den faglige side af faget, ses af det faktum, at en stor del af den samlede sygeplejegruppe accepterer, at manden får ”dårlig sygepleje”, hvilket i yderste konsekvens kan medføre døden. Det er således de mere nærhedsetiske fænomener som ærlighed og løgn, med rødder i grundstemningen om tillid, som i højere grad end de plejefaglige pligter og konsekvenser giver sygeplejersken en begrundelse for at negligere/respekttere patientautonomien. Dette kan muligvis også trækkes i retning af sygeplejerskens forståelse og brug af et koncept som omsorg.

At retten til selvbestemmelse kan resultere i en fagligt set dårlig, omend alligevel acceptabel, konsekvens, ses i en anden vignette, hvor en patient ikke samarbejder om en livsnødvendig væskerestriktion. Der er overvægt af sygeplejersker (59%), der finder det i orden at udskrive patienten, hvis denne ikke samarbejder. Dog er denne procentdel mindre end for den samlede gruppe af klinikere med en lige så patientnær relation som sygeplejegruppen. Her finder 76%, at udskrivning er acceptabelt.

Sagt på en anden måde, så bryder sygeplejerskerne sig mindre om det, når dårlig faglighed bliver konsekvensen af patientens selvbestemmelse, fordi man tolker denne faglighed i lyset af sin patientkontakt, sin relation til patienten, der sættes højere end den rent medicinske bedømmelse. I flere vignetter med denne tematik vægter sygeplejerskegruppen, at der spilles med åbne kort, at der ikke lyves eller manipuleres. At de fleste sygeplejersker grundlæggende respekterer patienternes autonomi, ses bl.a. af vignetten, hvor en ældre, livstræt kvinde ønsker sin livsvigtige behandling afsluttet. 74% finder det i orden at efterkomme kvindens ønske. I en anden vignette, hvor en person ikke ønsker at blive opereret for en let fjernelig lungetumor, finder 60%, at udskrivelse er i orden. At støtten her er mindre end i den første vignette, kan indikere, at patientens valg også bedømmes efter, hvorvidt det giver mening i sygeplejerskernes perspektiv. Igen kan man sige, at autonomi ikke er et selvfølgelig etisk princip, men er bundet op på andre vurderingskriterier, der spiller ind på, hvorvidt man billiger eller misbilliger den autonome patients valg.

En yderligere faktor, der spiller ind i accepten af patientens frie valg, ses i vignetten, hvor et enigt forældrepar på oplyst grundlag vælger at få foretaget forsterreduktion grundet forventet trillingefødsel. Retten til selvbestemmelse accepteres kun af 56% af de adspurgte sygeplejersker. En mulig forklaring her er, at det bevidste valg medfører ”skade” eller drab på fostre. Accepten daler, når det går ud over værgeløse, er en fortolkning.

Samme fortolkning finder vi i en vignette, der ikke handler om autonomi, men hvor det igen ses, hvordan det fagligt meningsfulde hidrører fra relationen til patienten og oplevelsen af patienten. Det er en vignette, hvor en patient ligger vegetativ hen. Døden forventes snart at indtræde. Lægens beslutning er at undlade ordinationen af ”ingen genoplivning ved hjertestop”, hvilket begrundes i, at patientens holdning ikke kendes. Det fagligt rigtige kan her diskuteres, men i princippet følger lægen loven og agerer

pligtetisk, men 73% af sygeplejerskerne finder beslutningen uacceptabel. At gøre det pligtetisk rigtige, som lægen gør i dette eksempel, er således ikke meningsgivende for en stor gruppe af sygeplejersker, der kan siges hellere at ville beskytte et værgeløst menneske fra et forventet voldsomt og meningsløst genoplivningsforsøg.

Retfærdighed i forhold til fordeling af ressourcer

Sygeplejerskegruppen finder det acceptabelt, at de vilkår, som det danske sundhedsvæsen bygger på, har konsekvenser i form af prioriteringer. Accepten kan ses i en vignette, hvor 79% finder det i orden, at kun personer under 80 år scannes for abdominelt aortaaneurisme (en udvidelse af legemspulsåren [aorta]). Man kunne mene, at der her er tale om aldersdiskriminering. En tolkning for den tydelige accept kan være, at man mener, at det er acceptabelt at prioritere på en diskriminerende måde, når det sker af ressourcemæssige årsager.

Vi finder sygeplejerskernes forståelse for, at prioritering er acceptabelt på gruppeniveau, yderligere understøttet i en vignette, hvor en udviklingshæmmet person nægtes adgang til skadestuen, da hans gentagne ankomster belaster området. Her, hvor ressourcprioriteringen foregår i forhold til en enkeltperson og ikke en gruppe, er 74% uenige i afgørelsen. Der er tydeligt forskel på at være genkendelig/forbundet til den enkelte person, også selvom denne beskrives anderledes end én selv, og så at være det samme i forhold til en gruppe af personer. Samhørigheden med en gruppe, der er anderledes, er langt mindre konkret og nærværende, hvilket muliggør en større distancering og abstraktion.

At det nære og konkrete er forbeholdt relationen mellem den professionelle sygeplejerske og patienten, samt det faktum at den udviste omsorg udspiller sig i en faglig kontekst, er dog væsentlige præmisser. Det ser vi i en vignette, hvor der efterspørges hjælp fra pårørende grundet ressourcemangel. Det synes 69% ikke er acceptabelt. Det kan tolkes således, at sygeplejerskerne har en forventning om, at sundhedsvæsnets ressourcer skal kunne dække de faglige aktiviteter, heriblandt sygeplejerskens faglige aktivitet.

Mål-middel-dilemmaer, herunder forskning

Sundhedsfaglige er generelt optaget af at hjælpe deres patienter/medmennesker. Derfor opstår der etiske dilemmaer, når der kan rejses tvivl om, hvorvidt patienten er ved at blive objekt i andres ageren og dermed bliver anvendt som et middel. Eksempler på dette ses i flere af besvarelserne.

I en vignette, hvor et forældrepar får hjælp til kunstig befrugtning, der har til formål dels at få et barn mere, dels at kunne føde en knoglemarvsdonor til deres førstefødte, er sygeplejegruppen splittet. 58% af sygeplejerskerne er uenige i handlingen, men 42% er enige. Den fordeling kan skyldes netop brugen af barn nummer to som reservedel og med den samtidige forståelse for, at barnet ikke kun bliver middel for den førstefødte, men også bliver en del af den samlede familie. Det komplicerer mål-middel-dimensionen og gør en markering af det uacceptable mere grumset, især hvis hensynet til det førstefødte barn også kommer i betragtning. Princippet om ”at gøre godt” må godt ”koste lidt” eller forvolde lidt skade for den næst-fødte, da det er et spørgsmål om liv og død. I det perspektiv ser det ud til, at nytteetiske betragtninger er i orden for en stor gruppe af sygeplejersker.

Til sammenligning ses en vignette, hvor et forældrepar ønsker fostervandsprøve udført for at sikre sig, at deres kommende barn bliver døvstumt, da de begge selv er

det. Her markeres en langt højere grad af uenighed (78%). Her er det tydeligt, at barnet anvendes som middel for forældrenes ønske, og at omsorgen for det ufødte barn ikke kan fortrænges. Det kan spille ind, at døvstumhed forstås som et alvorligt handicap og derfor kan ses som en bevidst påført skade.

Spørgsmålet om patienter, anvendt som middel for andres ønske eller mål, er særligt gældende i forhold til forskning. Her finder vi en vignette, hvor en ældre dement dame ikke forstår den mundtlige information om deltagelse i et forskningsprojekt, men siger, at hun har forstået den skriftlige information og ønsker at deltage. Forskeren fremtræder sympatisk, og kvinden kan muligvis selv få gavn af projektdeltagelsen. At 66% samlet finder det i orden, at hun deltager, kan skyldes, at kvindens manglende forståelse synes udlignet af, at forskeren har gode hensigter og udviser medmenneskelighed og konkret interesse for kvinden. Dertil kan det være af betydning for bedømmelsen, at projektet omhandler anvendelsen af et medikament, der måske kan betyde bedring af kvindens sygdom. Kvinden er således ikke kun et middel for forskning, men bliver også behandlet som individ.

Igen kan vi konstatere, at måden, hvorpå patienten ses og inddrages på, er væsentlig for sygeplejerskernes afgørelse, og det er på mange måder en vigtigere parameter end det regulære mål-middel-perspektiv, som vignetten beskriver. Dette ser vi yderligere i en vignette, hvor en kirurg afskærer en patient fra deltagelse i et forskningsprojekt, da patienten virker nervøs ved den indledende omtale. Afskæringen foretages med den umiddelbare hensigt at beskytte patienten i situationen, men patienten inddrages ikke i selve beslutningen og fratages samtidig muligheden for at tilvælge en behandling, der muligvis kunne komme denne til gavn. Afskæring uden videre, når der ikke er nogen fare for patienten, finder 53% i en eller anden grad forkert. Den paternalistiske adfærd, der her påvises, bunder i en omsorg for patienten, men den afgørende forskel er, at patienten her opleves som i stand til at træffe en egen beslutning, om end med hjælp. Kort sagt er sygeplejerskernes vurdering her, at forholdet bør være mere ligeværdigt, end lægens ageren tillader, og at værdier som respekt og værdig behandling savnes. Netop denne meningsforskydning af omsorg, patientkontakt, respekt m.v. er afgørende for vurderingen af mål-middel-perspektivet og med stor sandsynlighed begrundelsen for, at så mange finder skærmelsen forkert.

Omsorg for det enkelte, konkrete medmenneske findes centralt i begge ovenstående vignetter, på trods af at de beskriver meget forskellige vinkler af forskning i klinisk praksis. En understøtning af begrebets vigtighed for sygeplejefaget ses i en vignette, hvor omsorgen for den værgeløse markeres yderligere. 87% af de adspurgte sygeplejersker mener, det er forkert at påføre et nyfødt barn yderligere lidelse for et forskningsprojekts skyld, i dette tilfælde en blodprøvetagning uden moderens tilstedeværelse. At der her er tale om en særlig central værdi for sygeplejefaget understøttes yderligere af, at kun 66% af samtlige respondenter i vores undersøgelse fandt handlingen i vignetten uacceptabel. Der er således markant flere sygeplejersker, der tager afstand fra denne form for middel-anvendelse i forskningens interesse, end der er afstandstagere i de andre faggrupper.

Diskussion

Nærværende gennemgang af sygeplejerskernes besvarelser af studiet om etiske holdninger til daglig klinisk praksis giver en fortolkning af deres opfattelser

vedrørende patienternes selvbestemmelse. Fortolkningen giver god grund til at samles i flere perspektiver, som vi ikke mener, der tidligere har været peget på med samme tydelighed.

Der er fundet belæg for, at sygeplejersker finder, at patienternes selvbestemmelse kan overtrumfes af argumenter for den bedste faglige behandling, når midlet, der anvendes, er overtalelse, og så længe de derpå udførte handlinger foregår med åbenhed og ærlighed. Helt modsat er deres opfattelse af berettigelsen, hvis løgn på nogen måde indgår. Dette peger på, at netop den nære, måske tillidsfulde, relation til den konkrete patient er afgørende for vurderingen.

Der er også fundet belæg for, at når konsekvensen af en patients selvbestemmelse bliver, at den bedste sygeplejefaglige behandling ikke bliver mulig, så bryder sygeplejegruppen sig bestemt ikke om det. Det resultat må rejse umiddelbare spørgsmål om, hvad denne afstandtagen kommer til at betyde i situationen. Kan patienten mærke det og komme til at føle sig afvist eller ikke forstået? Kan det betyde, at sygeplejersken vælger at yde en endnu mindre optimal behandling end den faktisk mulige, fordi hun er frataget muligheden for at give den behandling, som hun selv vurderede fagligt bedst? Dette kan vi læse i en kontekst af, at den ovennævnte nære og tillidsfulde relation bør gå begge veje. Dvs. at sygeplejersken ikke alene er hengiven over for patienten, men patienten bør også være hengiven over for sygeplejersken, for at relationen skal anses for meningsgivende.

Der er fundet belæg for, at sygeplejerskernes accept af selvbestemmelsesretten til at fravælge behandling hænger sammen med deres opfattelse af meningen i valgets konsekvens. Hvis patienten er gammel og livstræt, og restlevetiden måske i forvejen vurderes som kort, så er der accept. Hvis fravalget gælder en behandling, der kunne resultere i en potentielt bedre helbredstilstand, så er deres accept mindre, og deres accept er ringe, hvis der er mulighed for direkte skadelige konsekvenser af patientens fravalg. Denne af sygeplejerskerne opfattede mening om situationen synes imidlertid hverken konstant eller entydig. Af nogle eksempler kan det ses, at opfattelsen af det meningsgivende har relation til, hvilken person sygeplejersken tager parti for/identificerer sig med. Nogle gange er det den pårørende fremfor patienten. Andre gange er meningene tydeligvis delte uden en henførbart sammenhæng. Her kunne der være tale om, at sygeplejerskens livsoplevelser/erfaringer fra helt andre situationer influerer på deres bedømmelse. Sagt med andre ord, at det er sygeplejerskens egen opfattelse af meningsfuldheden, der styrer hendes bedømmelse. Er sygeplejersker mon bevidste om, at det nogle gange forholder sig således? En måde at forstå og se dette på, er, at sygeplejerskerne er meget konkrete og nærværende i deres vurderinger. Den mening, der styrer bedømmelsen, henter sin forståelse i den konkrete situation, i en erfaring af nærvær og tilstedeværelse. Hvis denne situation ikke er konkret genkendelig, eller hvis en generel erfaring mangler, så er det sværere at aflæse et entydigt billede, og den enkeltes erfaring og konkretisering bliver mere afgørende for meningsdannelsen.

Der er endda risiko for, at deres opfattelse af meningen i konsekvensen af en handling kan få sygeplejersker til at ville tilsidesætte de fagligt forpligtede/lovmæssigt set fordrede handlinger. Det ses tydeligt, hvis der er risiko for, at medmennesket kan komme i en tilstand, der kan opfattes som meningsløs, eller der er risiko for pådragelse af yderligere skade/lidelse. Denne tendens til at ville have tilsidesat faglige eller lovformelige forhold ser ud til at afhænge af faktorer, hvor sygeplejerskens egen rolle i situationen har betydning. Er hun direkte deltagende/ansvarlig i handlingerne,

eller er hun ikke? Med andre ord, der synes at være en klar forskel i opfattelsen, hvis der bedømmes ud fra en position som aktør eller som observatør. Dette kan forstås inden for rammerne af et omsorgsbegreb. Sygeplejerskens omsorg er afgørende for meningsdannelsen, og igen afhænger det af den relationelle kontekst, der netop giver sygeplejersken rollen som aktør eller observatør.

Gennemgangen af sygeplejerskernes besvarelser peger på, at der er nogle centrale faktorer for sygeplejerskers bedømmelse af situationer, der indeholder etiske mål og middel-aspekter. Det ser ud til, at det er de samme faktorer, uanset om situationen er klinisk eller relateret til forskning. En tydelig faktor er, at patienten kun må være anvendt som middel for noget, hvis der også er et mål at opnå i forhold til patienten selv. Det er centralt, at der iagttages værdighed og omsorgsfuld respekt for medmennesket, når middel-perspektivet er i anvendelse. Dvs. der er andre værdier, atter genkendelige i det relationære og kontekstuelle og med fokus på det eller den svage i situationen, der påvirker bedømmelsen af mål-midler-dimensionen.

Denne pointe bliver endnu tydeligere i forhold til aspekter om ressourcefordeling. Her viser gennemgangen af sygeplejerskernes besvarelser, at der er generel accept af, at ressourcer må fordeles. Denne accept afhænger dog tydeligt af, at prioriteringer foregår på patientgruppeniveau, dvs. i en form for abstraktion og universalisme. Der er ikke accept af situationer, hvorunder der i behandlingen af en konkret patient foretages beslutning om at begrænse mulighederne med henvisning til en begrundelse om anvendelse af ressourcer.

Som vores fortolkning af de centrale kategorier og emner viser, og de her præsenterede perspektiver peger på, så er den nærhedsetiske tilgang og ageren den dominerende i sygeplejegruppen. Men den kan ikke stå alene, og den er heller ikke altid ligetil. Andre etiske teorigrundlag har også noget at sige i forhold til sygeplejegruppens holdninger og er med til at nuancere billedet og kvalificere sygeplejegruppens etiske profil. Dette viste den oprindelige besvarelse (Telléus, Holdgaard og Thørring 2018). Vores fortolkning har givet en bedre forståelse for det billede ved at skabe mening og motiver på tværs, eller bagom, det umiddelbart divergerende billede. Nu kan vi bedre forstå, at det nærhedsetiske perspektiv med rette kan siges at være det dominerende, men at det ikke altid er så entydigt, og at nærhedsetikken tilpasses mere nuancerede holdninger i forhold til de kontekstuelle omstændigheder.

Konklusion

På baggrund af vores kvantitative vignetspørgeskemaundersøgelse har vi foretaget en hermeneutisk fortolkning af sygeplejegruppens etiske holdninger og profil. Vi har prøvet at finde frem til nogle faktorer, der kan karakterisere sygeplejeetikken, som den fremtræder i det empiriske materiale. Vi mener, at vi har fundet nogle interessante forståelser og sammenhænge, der tegner sig som nogle grundværdier. Især den måde, hvorpå forholdet til disse grundværdier udspiller sig i situationer, hvor de måske ikke som sådan er tydeliggjorte. Grundværdierne er meget bundet op på det nærhedsetiske perspektiv, såsom tillidsfulde relationer, omsorg for den svage, forrang af det forhåndenværende. Det, som vores undersøgelse særligt viser, er, hvordan disse værdier spiller ind på etiske situationer, der umiddelbart omhandler andre værdier som f.eks. ressourcefordeling, autonomi, konsekvenser og formål.

Dette vil vi, lidt slagkraftigt og pompøst, sammenfatte i følgende faktoriale sentenser, der kan anses for at være en væsentlig del af den særlige sygeplejeetik:

- Retten til selvbestemmelse, når det giver mening i den gensidige relation.
- Pligten til at følge lovgivning og retningslinjer, når det ikke går ud over omsorgen for den lidende.
- En retfærdig ressourcefordeling i forhold til grupper er acceptabel, ikke i forhold til en aktuel patient-situation.
- Andre mennesker må godt anvendes som middel, når det ikke skader den svage, og når der er medindflydelse.

På samme måde som disse sentenser nuancerer brugen og billedet af den nærhedsetiske profil i sygeplejegruppen, nuancerer de forholdet til de etiske retningslinjer, der findes for sygeplejersker (f.eks. International Council of Nurses' etiske kodeks). Vores tolkning af de 684 sygeplejerskers holdninger i forhold til de klinisk etiske vignetter viser, at hverdagen ofte er mere kompliceret, end retningslinjerne kan tage højde for. I det daglige er der brug for en form for elasticitet og for nogle gange at kunne foretage bevidste fravalg eller tilpasninger af de etiske principper for at kunne agere i virket som sygeplejerske. Det behøver ikke som sådan at tage nogen autoritet eller værdi fra retningslinjerne som sådan, på samme måde som nærhedsetikken står fast med værdi og autoritet, men giver os som mennesker, og som professionelle, et mere levende råderum, som vi sandsynligvis også har brug for.

Referencer

- Andersen D, Mabeck C E, Riis, P. red. (1985) *Medicinsk etik*. København, Danmark: FADL's Forlag
- Backström och Torrkulla (2013) *Moralfilosofiska essäer*. Stockholm, Sverige: Bokförlaget Thales
- Beauchamp T L, Childress J F. (2013) *Principles of Biomedical Ethics Seventh Edition* Oxford, UK: Oxford University Press
- Christensen A-M. (2012) *Filosofisk etik*. Aarhus, Danmark: Aarhus Universitetsforlag
- Ejrnæs M, Monrad M. (2012) *Vignetmetoden. Sociologisk metode og redskab til faglig udvikling*. København, Danmark: Akademisk Forlag. 1. udgave, 1. oplag
- Evens S C, Roberts M C, Keeley J W, Blossom J B, Amaro C M, Garcia A M, Stough C O, Canter K S, Robles R, Reed G M. (2015) Vignette methodologies for studying clinicians' decision-making: Validity, utility, and application in ICD-11 field studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*; 15 (2): 160-170. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.12.001>
- Garbutt G, Davies D. (2011) Should the practice of medicine be a deontological or utilitarian enterprise? *Journal of Medical Ethics* 37: 267-270. <https://doi.org/10.1136/jme.2010.036111>
- Husted J. (2005) *Etik, moral og værdier*. Århus, Danmark: Philosophia
- Judson, K, Harrison, C (2016) *Law & Ethics for Health Professions 7th Edition*. Columbus, Ohio: McGraw-Hill
- Kangasniemi M, Pakkanen P, Korhonen A. (2014) Professional ethics in nursing: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing* 71(8): 1744-1757. <https://doi.org/10.1111/jan.12619>

- Kvale S, Brinkmann S. (2008) *Interview*. København, Danmark: Hans Reitzels Forlag. 2. udgave, 5. oplag.
- Nyeng F. (2005) *Etiske teorier*. København, Danmark: Munksgaard
- Robertsen D. (1996) Ethical theory, ethnography, and differences between doctors and nurses approaches to patient care. *Journal of Medical Ethics*. 22: 292-299. <https://doi.org/10.1136/jme.22.5.292>
- Telléus, P K, Holdgaard D E M, Thørring, B. (2018) Physicians and caregivers do differ in ethical attitude to daily clinical practice. *Clinical Ethics* 13 (4): 209-219. <https://doi.org/10.1177/1477750918790005>
- Wallander L. (2011) Measuring social workers judgment: Why and how to use the factorial survey approach in the study of professional judgments *Journal of Social Work*; 12(4): 364-384. <https://doi.org/10.1177/1468017310387463>