

*Naar man i det Fjerne faar Øje paa Snebjerge, synes de at svæve i Luften. Først naar man nærmer sig, ser man tydeligt, at de have en fast og solid Grund at staa paa. Saaledes gaar det også med de etiske Principper. I den første Begejstring mener man kun at give dem deres Ret, naar man giver dem en Plads, der er saa ophøjet over den virkelige Natur og det virkelige Liv som muligt. Ved nærmere Eftertanke og ved længere, maaske dyrekøbt Erfaring opdager man, at de kun kunne lede Livet, naar de selv ere fremgaaede af Livet. (Harald Høffding: ETIK, 1913)*

## **Rekapitulation**

### **Undersøgelsens resultater set i forhold til egne hypoteser**

Fra Sokrates og frem til de moderne hermeneutikere arbejdes med den antagelse, at erkendelse bør ses i sammenhæng med selverkendelse. Som udgangspunkt for det videre arbejde med undersøgelsens resultater vil jeg derfor sammenstille analysens konklusioner med de forventninger og fordomme, der lå inden for min horisont forud for den empiriske undersøgelse (jf. side 24 ff.).

### Refleksion og distance

Det var min hypotetiske antagelse, at etiske refleksioner gennem et forhold til praksis skaber en mental afstand til patienten. En mental afstand, som skal forstås som et brud med den umiddelbare delagtiggørelse i patientens situation. Undersøgelsen kan på den ene side bekræfte, at sygeplejersken, i det øjeblik hun reflekterer over noget ud fra sine begrebskategorier vil være mindre umiddelbar set i forhold til den ureflekterede gøren og liden. På den anden side kan undersøgelsen ikke bekræfte, at dette sker, med den konsekvens at der i situationen skabes en afstand til patienten. Det afgørende er med andre ord ikke, hvorvidt sygeplejersken enten reflekterer ELLER handler, men derimod hvordan sygeplejersken reflekterer OG handler, dvs. hvordan

refleksionerne hænger sammen med den handling, som disse refleksioner binder sig til. Sagt på en anden måde er nærhed og distance til patienten ikke bestemt af etisk refleksion og handling som sådan, men i højere grad af den måde hvorpå disse fungerer sammen. Forholdet mellem etisk refleksion og handling var således langt mere komplekst end først antaget. Der eksisterer med andre ord et nuanceret dialektisk forhold mellem refleksion og handling, som er præsenteret i analysen og som skal udfoldes nærmere i den tematiske syntese.

### Spontanitet og umiddelbarhed

I udgangspunktet var det min opfattelse, at spontane handlinger i modsætning til etiske refleksioner ville skabe et nærvær med patienten. Et nærvær hvor det etiske påbud primært udspringer af mødet med patienten. I mødet med sygeplejersker og patienter blev dette forhold bekræftet dels gennem udtalte værdier og dels gennem de oplevelser jeg erfarede på henholdsvis onkologisk afd. og Sct. Maria Hospice. Mine indledende opfattelser blev imidlertid udfordret og senere revideret. Sygeplejerskens etiske handlinger var således betinget af en lang række forhold, hvorfor de etiske handlinger ikke kan betragtes i en isoleret dikotomi med etisk refleksion. For det første var forholdet mellem etisk refleksion og etisk handling i langt højere grad dialektisk end polært. Dvs. at den spontane handling ofte havde refleksion som sin betingelse og vice versa. Hermed menes, at den spontane handling kunne afspejle en tidligere refleksion og den etiske refleksion kunne aktualiseres i tilknytning til en konkret handling. For det andet var spontaniteten betinget af tid og sted. Tidsligt var der stor forskel på, hvordan sygeplejersken handlede med etikken i forruden og bagruden. Samtidig var stedet, dvs. den etiske situation, i høj grad med til at afføde sygeplejerskens nærvær men også refleksive overvejelser. Hvis den spontane etiske handling var en simpel knap, der kunne trykkes på i nødsituationer, er det ikke sygeplejersken selv, der trykker på knappen, men derimod en lang række andre faktorer hvor jeg særligt blev opmærksom på tid og sted og de multiple faktorer, der knytter sig hertil.

### Aldersrelaterede faktorer

Forud for undersøgelsen var det min klare opfattelse, at sygeplejerskens alder nødvendigvis måtte spille en central rolle i undersøgelsen af sygeplejerskens etiske refleksion og handling. Mere præcist ville jeg udfordre hypotesen om, at sygeplejersker, der befinder sig i et etisk dilemma, vil reflektere og handle betinget af henholdsvis alder og arbejdsalder. Undersøgelsen bekræfter flere aldersrelaterede faktorer inden for rammerne af projektets metode og design. Den grundlæggende antagelse om at yngre sygeplejersker reflekterer mere set i forhold til deres ældre kolleger, kan undersøgelsen imidlertid ikke verificere. Feltarbejdet peger til gengæld på andre mere signifikante forhold, der betinger sygeplejerskens refleksioner og handlinger i den etiske situation. Sagt meget firkantet var det ikke livslængden men livsindholdet, der var udslagsgivende for sygeplejerskens vej ind og ud af det etiske dilemma. Som eksempel spillede store begivenheder i arbejdstiden og ikke mindst i privatlivet en stor rolle i håndteringen af det etiske dilemma. Begivenheder, som har været med til at forme sygeplejerskens karakter. Dermed også sagt, at sygeplejerskens karakteregenskaber ofte var udslagsgivende for måden, sygeplejersken reflekterer og handler i etiske situationer.

### Etik som redskab og egenskab

Forud for undersøgelsen var det min fordomsfulde opfattelse, at etik i sygeplejen havde bevæget sig i retning af en stadig større grad af instrumentalisering. Dvs. at etik var blevet et redskab frem for en egenskab. At etik blev omtalt som en nødvendighed snarere end omstændighed. At etik skulle ind i praksis snarere end at afspejle det, der kom ud af praksis. At etik i højere grad var blevet begreber om praksis snarere end værdifulde greb i praksis. At etik skulle universaliseres snarere end kontekstualiseres. Med ønsket om at sætte disse fordomme på spil blev jeg udfordret, da jeg befandt mig i klinisk praksis, idet jeg blev mødt af et interessant paradoks. På den ene side blev etik omtalt, som var det et instrument. Når jeg således talte med sygeplejersker om etik eller hørte sygeplejersker tale sammen om etik, var det noget, man næsten ikke kunne få nok af. Etik var noget, der skulle bruges, anvendes, udvikles og tænkes med og ind i

praksis. Når jeg befandt mig sammen med sygeplejersken i en etisk situation, var etik imidlertid ikke at sammenligne med et instrument. Her var det snarere erfaringsbaserede egenskaber og tavse kundskaber, der bibragte sygeplejersken muligheden for, at kunne handle i situationen. Man kan således stille spørgsmålet: Hvorfor tale om etik på én måde, når arbejdet afspejler en anden virkelighed? Til grund for denne umiddelbare modsætning kan der fremsættes flere hypoteser, som det er fremlagt i analysen. Det næste spørgsmål bliver imidlertid, hvordan der fremtidigt kan arbejdes med dette modsætningsforhold i sygeplejerskens praksis generelt set. Et spørgsmål som behandles i den tematiske syntese.

### Sygeplejeetiske retningslinjer

Som den sidste velafgrænsede fordom, der gik forud for det empiriske arbejde, lå mine tanker om de sygeplejeetiske retningslinjer. Her tænker jeg ikke på mine holdninger desangående, som jeg flere gange lod trykke (Birkler 2005c, 2006a, 2006b, 2006c, 2007), men derimod de domme jeg havde kategoriseret sygeplejens praksis ud fra. Min tanke var kort sagt den, at sygeplejersker ikke anvendte de sygeplejeetiske retningslinjer reflektivt i klinisk praksis. Med reflektiv anvendelse tænkte jeg særligt på både direkte og indirekte hjælp og støtte i de vanskelige etiske situationer. Denne fordomsfulde opfattelse blev bekræftet. Det var således kun ganske få sygeplejersker i felten, der havde kendskab til de sygeplejeetiske retningslinjer, som de er formaliseret. De sygeplejersker, der var bevidst om eksistensen af disse retningslinjer, kunne ikke huske det mindste af indholdet. Det interessante er imidlertid, at dette ikke får den konsekvens, at de sygeplejeetiske retningslinjer ikke bliver brugt, endstige at sygeplejersker ikke finder disse vigtige eller direkte unødvendige. Retningslinjerne har blot en anden funktion, set i forhold til målet med disse og mine tanker om samme. De sygeplejeetiske retningslinjer fungerer bl.a. som en del af den formaliserede professionsidentitet. Retningslinjerne afspejler det sygeplejerskerne gerne vil stå for og dermed kan stå inde for. De sygeplejeetiske retningslinjer frekventeres derfor ikke, hvis sygeplejersken er i tvivl om det, hun bør gøre, men derimod hvis hun er i tvivl om den, hun er som fagperson. Disse to forhold hænger sammen, men vejen synes først at

gå gennem professionsidentiteten, hvilket understreger forbindelsen mellem etik og identitet. Sagt med andre ord er der ingen direkte vej fra etiske retningslinjer til anvendelsen af samme. Vejen går gennem en kulturel dyrkelse af professionsidentiteten, hvor det etiske indhold i stort og relevant omfang gøre tavst. På dette punkt kan der med fordel skelnes mellem den formelt formulerede side af professionsidentiteten og den konkrete legemliggjorte side af professionsidentiteten (Wackerhausen 2002, p. 53ff.). De etiske retningslinjer vil set i dette lys kun virke som en delmængde af professionsidentiteten. En lang række mindre formaliserede og mere konkrete forhold har således også betydning for professionsidentiteten. Som eksempel tænkes her på Bourdieus begreber *disposition* og *habitus*, der strukturerer subjektets kognitive og sociale praksis uden at subjektet er bevidst herom (Bourdieu 2005, Bourdieu og Passeron 2006). En pointe, som imidlertid ikke skal udfoldes her (se dog p. 266ff.). Her skal pointen blot tjene til det forbehold, at selvom der i det undersøgte felt stort set ikke er kendskab til de sygeplejeetiske retningslinjer, kan det ikke udelukkes, at disse finder vej til, endsige afspejler, sygeplejerskens handletilbøjeligheder.

### **Undersøgelsens resultater set i forhold til tidligere undersøgelser**

Den aktuelle undersøgelse står ikke alene. Spørgsmålet er derfor, hvordan undersøgelsens resultater står i forhold til den eksisterende forskning, som den tidligere er blevet præsenteret (jf. p. 14 ff.).

#### Etiske refleksioner i sygeplejen

Kun få undersøgelser har undersøgt sygeplejerskers etiske refleksioner i klinisk praksis (Durgahee 1996, Parsons et al. 2001, Hough 2008). Disse undersøgelser baserer sig på interviews, hvor sygeplejersker og sygeplejestuderende er blevet spurgt om værdien af etiske refleksioner i praksis. Det generelle billede viser en positiv påskønnelse af etiske refleksioner, hvor særligt udviklingen af etisk argumentationsevne og analytisk sans fremhæves. Ud fra dette meget generelle billede vil nærværende undersøgelse kunne bekræfte sygeplejerskers positive indstilling til og ikke mindst positive vurdering af etisk refleksion i praksis. Dette skal særligt ses ud fra de interviews, der blev

gennemført løsrevet fra den vanskelige etiske situation. Spurgte jeg derimod sygeplejersken i tilknytning til den vanskelige situation, var svaret ganske ofte et andet. En omstændighed der ikke er medtænkt i ovennævnte undersøgelser. De implicerede sygeplejersker forsvarer med andre ord de etiske refleksioner i klinisk praksis, men kan ikke genkalde sig brugen endsige effekten af samme i tilknytning til den etiske situation. Der kan med andre ord spores en inkongruens eller sågar en inkonsekvens i forholdet mellem de implicerede sygeplejerskers vurdering af etisk refleksion og den praksis, hvor disse refleksioner ideelt set kunne praktiseres. Når Gallagher og Wainwright (2005) således fremhæver en dualitet mellem 'ethical theory' og 'ethical practice', affødt af de etiske refleksioner i klinisk praksis, er det en hypotese, som vil kunne bekræftes ud fra nærværende undersøgelse. Flere teoretiske studier understøtter endvidere denne pointe (Meulenbergs et al. 2004, Gastmans 2002). På dette punkt kan der imidlertid drages forhastede konklusioner. De netop genererede empiriske data og den deraf følgende analyse vil kunne rejse en konkurrerende hypotese. Der har således ikke tidligere været fokuseret på den omstændighed, at der kan siges at foregå en transitionsproces fra etisk refleksion til etisk praksis. En proces hvor de etiske refleksioner forandres til fremtidige mere eller mindre tavse handletilbøjeligheder. Denne dimension af undersøgelsen skal senere udfoldes i den tematiske syntese.

#### Etisk refleksion og etiske retningslinjer

Undersøgelsens empiriske data understøtter tidligere undersøgelser, der konkluderer, at sygeplejersker ikke refererer til endsige omtaler de etiske retningslinjer i klinisk praksis (Esterhuizen 1996, Greipp 1992, Biton og Tabak 2003, Tadd et al. 2006, Heymans et al. 2007). Biton og Tabaks undersøgelse (2003), hvor 158 sygeplejersker deltager i interviews vedrørende de sygeplejeetiske retningslinjer, peger desuden på en omstændighed, der bekræftes i nærværende undersøgelse. Her tænkes på sygeplejerskers oplevelse af kløften mellem de præsenterede værdibegreber i retningslinjerne på den ene side og den konkrete handlepraksis på den anden side. Iflg. de adspurgte sygeplejersker på onkologisk afd. og hospice kan retningslinjerne ikke

indfange eller afspejle etisk praksis grundet to forhold. For det første er den konkrete situation altid særegen og unik med relevante afvigelser fra de generelle betragtninger i retningslinjerne. For det andet er sygeplejerskens etiske handleduelighed i højere grad bundet til personlige kundskaber herunder karakteregenskaber til forskel fra de mere abstrakte punktvisse opstillinger, der parolemæssigt opstilles i de etiske retningslinjer. Denne empirisk funderede betragtning ligger på linje med en stor international undersøgelse blandt finske, græske og italienske sygeplejersker, der interviewes om emnet (Heikkinen et al. 2006).

På henholdsvis onkologisk afd. og hospice var det i langt højere grad det lokale værdisæt, der blev diskuteret og behandlet på møder, temadage, konferencer o. lign. set i forhold til de nationale sygeplejeetiske retningslinjer. Der var således et udtalt ønske om (både fra ledelsen og sygeplejerskerne), at formaliseringen af etik i nedskrevne retningslinjer med fordel kunne ske lokalt og som mindstemål i tæt dialog med de sygeplejersker, for hvem de skulle gælde. Denne markering fra sygeplejersker i klinisk praksis falder i tråd med en belgisk undersøgelse, som via otte fokusgruppeinterviews med 50 sygeplejersker konkluderer, at udarbejdelsen af etiske retningslinjer (her omtalt som kodeks) bør ske i tæt samråd med praktiserende sygeplejersker (Verpeet et al. 2005, Verpeet et al. 2006).

Som flere undersøgelser påpeger (Tadd et al. 2006, Heymans et al. 2007), opstår der imidlertid det umiddelbare paradoks, at sygeplejersker ikke vil undvære de nationalt og fagorganisatorisk formulerede retningslinjer, til trods for at de ikke kender indholdet og ikke anvender disse direkte i klinisk praksis. De sygeplejeetiske retningslinjer identificeres tværtimod som nødvendige og frugtbare, men af en anden grund og ud fra et andet motiv set i forhold til det tilsigtede (dvs. som formuleret i retningslinjerne). Retningslinjerne er således i højere grad et redskab, hvorigennem professionsidentiteten (den formelle/institutionelle) afstemmes og på den måde en kulturel markør og i mindre grad et konkret handle- eller refleksionsredskab. Ovennævnte undersøgelse (Tadd et al. 2006) inkluderer 311 sygeplejersker fra seks europæiske lande, som tog del i 49 fokusgruppeinterviews. Danske sygeplejersker var ikke inkluderet i undersøgelsen, men nærværende studium fra onkologisk afd. og

hospice underbygger og validerer resultaterne fra denne internationale undersøgelse. Som det fremgår af afhandlingens analytiske del udtaler sygeplejerskerne sig endvidere om de etiske retningslinjer som noget, der afstemmes med den enkelte person, mere end noget der afstemmes med den enkelte situation. De etiske retningslinjer er ikke en algoritme, hvorudfra vi kan udregne den rette handlemåde i den etiske situation. Retningslinjerne er snarere nogle værdimæssige hensigtserklæringer, der kan bidrage til en faglig identitet og dermed også professionens sociale anseelse.

De seneste års forskningsresultater peger således på mulige ændringer af det formelle arbejde med retningslinjerne og de intentioner og mål, der knytter sig hertil. Dette får ikke nødvendigvis betydning for det substantielle indhold, men peger mere i retning af en nytænkning af retningslinjerne som en kulturel værdimæssig rammebeskrivelse mere end operationelle redskaber til løsning af de etiske situationer. Et forhold som skal udfoldes og nuanceres i den tematiske syntese.

### Etisk handlen

Feltstudierne på henholdsvis onkologisk afd. og hospice peger på, at udvikling af etisk handleduelighed i væsentligt omfang beror på personlige erfaringer, der langsomt former en række vaner, afspejlet i sygeplejerskens karakter. Vaner der udvikler mere ufravigelige sædvaner, der betinger og aftvinger sygeplejersken et gøremål i den konkrete etiske situation. Dette forhold er tidligere blevet undersøgt i et græsk studie (Lemonidou et al. 2004), hvor sygeplejestuderendes oplevelser med de etiske situationer er blevet studeret. Undersøgelsen bygger på en fænomenologisk analyse af 12 mandlige og 63 kvindelige studerendes dagbogsfortællinger og er sjælden af sin art. Undersøgelsen peger på refleksion som et middel til skabelse af etisk bevidsthed blandt sygeplejersker. En bevidsthed om udvikling af personlige karakterbårne normer og værdier (Ibid. p. 135). Egne feltstudier fra onkologisk afd. og hospice efterlader en større rolle til de etiske refleksioner i klinisk praksis. Den etiske handlingsduelighed er i væsentligt omfang karakterbåren, som den græske undersøgelse også peger på (Ibid) men de etiske refleksioner kan også være en mere aktiv og integreret del af



sygeplejerskens etiske praksis. De sygeplejersker, jeg fulgte, blev således ikke kun bevidst om deres normer og værdier gennem etisk refleksion, men lod endvidere den etiske refleksion være bindeleddet mellem fortidige, nutidige og fremtidige erfaringer. En belgisk analyse af to etiske studier i klinisk sygeplejepsis når frem til en tilsvarende konklusion (Dierckx de Casterlé et al. 2004). Her understreges det videre, at de etiske refleksioner skal integreres i klinisk praksis i tilknytning til oplevelsen af de etisk vanskelige situationer. Alternativt vil de etiske refleksioner kunne skabe en teknisk rigid forestilling om etik, hvilket som konsekvens forløser en dualitet mellem etisk teori og etisk praksis (Ibid p. 33-34). Under feltstudierne erfarede jeg selv, hvordan de etiske refleksioner i forbindelse med de formelle såvel som uformelle møder ofte blev løsrevet fra den konkrete situation, hvilket kan skyldes, at der altid kun var en person, der lige netop havde stået i den specifikke situation, der blev talt om. Hvis der således blev talt om en generel problematik, ex. patientautonomi, sad hver enkelt sygeplejerske med bevidsthed om en selvoplevet patientsituation. Som det understreges af Doane (2002), kan der således skabes et skel mellem en personorienteret handlingsetik og en mere upersonlig refleksionsetik, hvor refleksionerne løsriver sig fra det umiddelbart oplevede.

Værdien og effekten af en kontekstualistisk og personfunderet handlingsetik blev synlig under studierne på onkologisk afd. og hospice. Sygeplejerskerne anvendte ordet intuition, når de lod situationen fortælle, hvilke handlinger der var rigtige og forkerte i situationen. De var med andre ord disponerede til at handle med udgangspunkt i den konkrete situation. I modsætning hertil lod den refleksive tanke i højere grad det etiske dilemma komme til syne som identifikation og problematisering af den vanskelige situation. Denne modstilling mellem etisk refleksion og handling afspejles gennem et canadisk studium, hvor flere typer af sygeplejens kliniske praksis analyseres (Varcoe et al. 2004). Ud fra 19 fokusgruppeinterviews med 87 sygeplejersker konkluderes, at den etiske praksis i sygeplejen er relationel og kontekstuel, hvorfor udviklingen af etik i sygeplejen ikke må løsriver sig fra klinisk praksis, men må tage sit udgangspunkt i den enkelte sygeplejerske, der er bundet til en konkret praksis. Dette studium fokuserer ikke på refleksion som

det centrale, men identificerer refleksion som negation til det relationelle og kontekstuelle. Det er netop på dette punkt, at studiet af sygeplejerskers etiske refleksioner og handlinger på onkologisk afd. og hospice kan bidrage til en forståelse af forholdet mellem etik som refleksion og handling. Det netop afsluttede empiriske studium peger således ikke blot på et modsætningsforhold mellem etisk refleksion og handling, men mestendels på et dialektisk forhold som fremstilles og eksemplificeres i analysen og som skal ekspliceres og nuanceres i den tematiske syntese.

### **Undersøgelsens resultater set i forhold til de klassiske etiske teorier**

I Danmark har det op gennem halvfemserne og frem til i dag været gængs praksis på de danske sygeplejerskeuddannelser at præsentere de studerende for en række forskellige etiske teorier (Birkler 2003, Nyeng 2000). Set ud fra projektets mål og ide er flere af de mere eller mindre kanoniserede normative etiske teorier kort præsenteret i afhandlingens del II. Spørgsmålet er nu, hvordan og i hvilket omfang disse teorier beskriver sygeplejerskens kliniske praksis. Det er på baggrund af feltstudierne og inden for rammerne af projektets metode og design, at dette spørgsmål søges besvaret. Som tidligere ekspliciteret (p. 55ff.) er det ikke målet at foretage en dybdegående analyse af de empiriske data ud fra forskellige normative teorier, hvilket vil række langt udover hensigten her. Tanken er derimod at pege på nogle af de teoretiske begrebsstrukturer, som i lyset af de analyserede data kan være med til at nuancere en teori om sygeplejens etiske praksis. Sagt med andre ord vil de følgende afsnit fungere som mellemregninger på vej mod en teori om refleksion og handlen i sygeplejens etiske praksis.

#### Deontologi

Deontologiens pligt lære kan præsenteres i mange forskellige variationer. Traditionelt henvises til Kant som et pejlemærke. Et pejlemærke langt de fleste etiske teoretikere forholder sig til. Som en begyndelse kan der fokuseres på to centrale kendetegn forbundet med deontologien. Her tænker jeg på selve forpligtelsen og ikke mindst vejen dertil gennem fornuften.

Sygeplejersker på onkologisk afd. og hospice handler i stort omfang på baggrund af pligter. Pligter som kommer til udtryk gennem handling i den etiske situation. Når sygeplejersken forpligter sig i den etiske situation, sker det imidlertid ikke ud fra en kantiansk ide om den praktiske fornuft, som det styrende element. Som beskrevet i analysen (p. 153-156) skabes der en forpligtelse ad to veje. Dels lader sygeplejersken sig forpligte gennem ydre pligter, som hun bliver pålagt/lader sig pålægge, og dels sker det gennem en mere emotionel forpligtelse, hvor pligten efterfølgende bliver en efterrationalisering. Ingen af disse veje til den etiske forpligtelse vil Kant betragte som fornuftig og dermed etisk. Udfordringerne forbundet med disse former for etisk forpligtelse skal nu præsenteres.

Den ydre forpligtelse, var dels funderet i juridiske regler og restriktioner (tavshedspligt og oplysningspligt) og dels faglige forpligtelser gennem et fra ledelsen eller institutionen pålagt ansvar. Samtidig var den ydre forpligtelse knyttet til kulturelle normer formuleret som et 'man' (sådan gør vi her). Denne sidste form for forpligtelse er blevet behandlet flere steder i filosofihistorien. Mest markant hos Nietzsche, som svulstigt nævner underkastelsen af moralen som en slavementalitet, der kun fungerer blandt de svage og eksistentielt mislykkede (Nietzsche 1969). I en på mange måder kontroversiel artikel fremhæver John Paley (2002) således, at sygeplejen som fag ud fra Nietzsche bygger på en slavementalitet. Set i dette lys vil etikens institutionalisering gennem værdisæt og etiske retningslinjer skabe en underkastelse af normer og værdier snarere end mestring af samme. En sådan underkastelse kan imidlertid ikke bekræftes gennem de empiriske studier. Jeg tolker i højere grad de ydre pligter på onkologisk afd. og hospice som ufravigelige juridiske forpligtelser samt kulturbestemte vaner bundet til en konkret professionsidentitet, som den enkelte sygeplejerske i større eller mindre grad bliver en del af. De ydre pligter bygger derfor ikke på en eksistentiel underkastelse eller et følelsesmæssigt ressentiment men derimod på demokratisk konsensus og en kulturel dyrkelse af vaner.

Bevæger vi os fra de ydre pligter til de indre pligter, vil Kant som nævnt betone vigtigheden af den praktiske fornuft som det styrende redskab på vejen mod en autonom handling. Sådan viser sygeplejens etiske praksis sig imidlertid ikke på

onkologisk afd. og hospice. Når sygeplejersken forpligter sig moralsk, er pligten i langt højere grad emotionsbaseret end fornuftbaseret. Udtryk som 'det føler jeg er rigtigt' eller 'det fornemmer jeg vil være det bedste' var gængse udtryk mere end rationelle og logiske ræsonnementer. Det betyder imidlertid ikke, at selve handlingen kan siges at være irrationel. Det betyder blot, at vejen til sygeplejerskens forpligtelse ikke var brolagt med rationelle argumenter, men derimod skabt ud fra en åben følelsesmæssig påvirkning af situationen. Et andet forhold, som her skal nævnes, er det kategoriske imperativ, som iflg. Kant er resultatet af den rationelle overvejelse. Kort sagt er den gyldne regel ikke fraværende i sygeplejens praksis, men viser sig primært som en efterrationalisering, når sygeplejersken reflekterer med etikken i bagruden, dvs. når hun allerede har handlet. Som eksempel siger sygeplejersken – 'Jeg ville gøre det samme i en lignende situation' eller fra en kollega 'Jeg ville have gjort det samme'. Sagt med andre ord bliver pligten først universel i bakspejlet, når handlingen allerede er udført.

Til slut skal der problematiseres to forhold, når analysens resultater betragtes i lyset af Kants deontologi. For det første var selve udgangspunktet for det etiske dilemma ganske ofte en konflikt mellem divergerende pligter. Det kunne være i forholdet mellem den ydre pligt formuleret gennem juraen, ledelsen, kollegaen eller de pårørende på den ene side og den indre skabte pligt på den anden side. Sagt med andre ord blev det etiske dilemma ofte født som en splid mellem det ydre 'jeg skal' og det indre 'jeg bør'. På den måde var det i mindre grad et spørgsmål om, hvordan sygeplejersken skulle handle gennem en pligt, men i højere grad selve valget mellem flere pligter, der skabte den etiske problemstilling. For det andet og som det vigtigste kan det være problematisk at opretholde et skel mellem indre og ydre pligter. Sygeplejerskens forpligtelse blev i højere grad skabt i relationen mellem sygeplejerske og patient, hvor patienten mere eller mindre tavst forpligter sygeplejersken. Selve pligten kan således ikke identificeres som en bevidst pligt i situationen, men mere som en relationsbaseret tavs handletvang. Klinisk praksis afspejler således i langt højere grad en relationsbaseret og kontekstuel etik set i forhold til en kantiansk individbaseret etik.

## Teleologi

En målbaseret etik (teleologi), hvor målet helliger midlet, lader sig bedst eksemplificere gennem utilitarismen, hvilket på dansk kaldes nytteetik (p. 62 ff.). I modsætning til den kantianske deontologi afspejler den undersøgte praksis flere former for nytteetik, hvor det i al sin enkelhed er sygeplejerskens erfaring, der udpeger den handling, som med størst sandsynlighed afføder størst nytte. Som eksempel oplevede jeg situationer, hvor sygeplejersken lod egne og andres erfaringer være midlet, med det intenderede mål at skabe størst mulig nytte, hvilket var grundlaget for den konkrete beslutning. Dette skete særligt i de situationer, hvor sygeplejerskens etiske valg var forbundet med prioritering af to uforenelige gøremål.

Som fremført i analysen var det sygeplejerskens nytteberegninger, der afspejlede den største grad af refleksivitet i den konkrete situation. Når sygeplejersken i det undersøgte felt reflekterer, sker det således ud fra erfaringer snarere end abstrakte principper. Erfaringer med lignende situationer inddrages i vægtningen af de to handlingsalternativer, hvilket både kan ske gennem handlingsutilitarisme (Bentham) og regelutilitarisme (Mill). Som eksempel på en nytteberegning knyttet direkte til en handling kan nævnes en sygeplejerske på onkologisk afdeling, der var i tvivl om hun skulle vække patienten, nu hvor den pårørende havde rejst længe med dette besøg for øje. Et besøg som sygeplejersken vidste patienten havde set meget frem til. Som sygeplejersken udtrykte det: 'Der er meget, der taler for og imod'. Det var netop gennem erfaring, at sygeplejersken havde kendskab til det, der talte for og imod. Det mest typiske eksempel på nytteetik på henholdsvis onkologisk afd. og hospice var imidlertid det, der kan karakteriseres som regelutilitarisme, hvor sygeplejersken handlede ud fra en regel, der var skabt på grundlag af fælles erfaringer, som sygeplejersker havde gennemlevet på afdelingen. Ganske ofte hørte jeg således variationer over udtrykket 'det har vi erfaring for er det bedste for patienten', som begrundelse for valg der i et større perspektiv sigtede mod at gavne flest mulige.

Til trods for at der ud fra en teleologisk betragtning kan spores flere nytteberegninger i det undersøgte felt, tegner dette imidlertid langt fra et fyldestgørende billede af sygeplejerskers etiske praksis. Som eksempel var

nytteberegninger ofte løsrevet fra det direkte møde med patienten. Nytteberegninger var således en refleksionsrække på gangen, kontoret eller i medicinrummet mellem to omsorgsopgaver. Til beskrivelsen af praksis hører blot det forhold, at refleksioner i praksis sker med tilknytning til sygeplejerskens erfaringer. Det interessante er imidlertid, hvordan refleksion kan forbinde erfaring med handling. Hertil kan praksis levere et langt mere nuanceret billede set i forhold til de beskrivelser, vi kan finde i det utilitaristiske galleri.

### Diskursetik

Diskursetikken, som den fremlægges af Habermas (1983) (jf. p. 61 ff.), kan betragtes som et ideal, hvorfor det kan synes forkert at betragte analysens resultater i lyset af de diskursetiske principper. I denne sammenhæng skal der således kun ganske kort fokuseres på diskursen (og særligt på dialogen om de etiske situationer), som de viser sig i det undersøgte felt.

Som det fremgår af analysen, er samtaler med kolleger en helt central del af den måde, sygeplejersker tackler de vanskelige etiske situationer på henholdsvis onkologisk afd. og hospice. Hertil skal understreges to forhold. Når der i analysen skelnes mellem de formelle og uformelle samtaler i tilknytning til de etiske situationer, afspejler det samtidig de to meget forskellige måder at lade dialogen være et refleksivt middel til løsning eller opløsning af det etiske dilemma. De uformelle samtaler ligger fjernt fra de diskursetiske idealer. Dels er samtalerne primært en støtte til den mere personlige og dermed også følelsesmæssige håndtering af den etiske situation, og dels er de uformelle samtaler ikke inkluderende men mere ekskluderende, hvor en eller flere relevante parter udelades fra samtalen. Ofte tackler sygeplejersken således den etiske situation ved at afstemme handlemåden eller vurderingen af samme via en udvalgt kollega. Efterfølgende vender hun tilbage til kollegaen med det sigte at få forløsning for den spænding eller splittelse, som situationen i nogle tilfælde skaber.

Som kritik af diskursetikken kan den konkrete situation ikke løsrives fra den enkelte sygeplejerske. Sagt med andre ord er der altid én, der står med aben, dvs. at der altid er netop én sygeplejerske, der enten har handlet eller skal tilbage til

situationen og handle. Dette betyder imidlertid ikke, at sygeplejersken står alene med den vanskelige situation. Som en sygeplejerske på onkologisk afd. formulerer det:

Vi løser ikke den etiske situation, vi taler ikke om rigtigt eller forkert. Det afgørende er at støtte den enkelte sygeplejerske, der skal tilbage på stuen

Denne udtalelse blev ofte bekræftet under feltstudiet, hvor nøgleordet er 'støtte'. Sygeplejersken kan 'læsse af', dvs. få luft for frustrationer eller fortvivlelse og kan desuden høre om kollegaens tidligere erfaringer med lignende situationer.

Ser vi på de mere formelle og dermed planlagte eller strukturerede dialoger om etiske situationer var disse som nævnt i analysen mere udbredte på hospice set i forhold til onkologisk afd. Fælles for de formelle dialoger var imidlertid det forhold, at jo mere formelle de etiske dialoger var, desto mere fjernede de sig fra konteksten. Dog havde disse formelle dialoger en langt større overensstemmelse med de diskursetiske idealer set i forhold til de uformelle dialoger. Noget tyder her på en sammenhæng mellem graden af abstraktion og efterlevelsen af de diskursetiske principper. Jo mere formel men også abstrakt den etiske dialog blev, desto mere var den i overensstemmelse med de diskursetiske principper. Eller formuleret anderledes gennem en negation: Jo mere sygeplejersker nærmer sig de diskursetiske idealer om rationalitet, konsensus, symmetri og ligeværdighed i dialogen, desto mere forlades en konkret løsning for den sygeplejerske, der netop har erfaret eller vil erfare en vanskelig etisk situation. Eksempelvis blev der på hospice talt om patientautonomi på en eftermiddagskonference, hvilket var affødt af en sygeplejerskes oplevelser med en kognitiv ustabil patient, der ofte ville ud at gå en tur. I denne dialog blev der ikke skabt konkret enighed. Herefter blev der talt om patientautonomi mere generelt ud fra værdibegreber såsom accept, respekt og ansvarlighed. Her var enigheden større. Dog var sygeplejersken ikke kommet nærmere måden, hvorigennem hun kunne tackle den vanskelige situation, hun befandt sig i. Her må det understreges, at der ikke herfra kan sluttes til en vurdering af hverken diskursetikken eller sygeplejerskernes evne til at gå i dialog om de kontekstuelle såvel som universelle etiske spørgsmål (jf. Ippercial 2003). Eksemplet skal snarere illustrere, hvordan den rationelle dialog afspejler en

refleksionsform, som tendentielt vil kunne løsrive sygeplejersken fra en konkret handlestrategi.

### Fænomenologisk etik

På baggrund af det empiriske studium, som det er fremstillet og analyseret, vil sygeplejerskernes måde at håndtere de etiske situationer pege på flere ligheder med den fænomenologiske etik, som den tidligere kort er præsenteret gennem Løgstrup og Levinas (p. 75 ff.). I denne sammenhæng skal der imidlertid særligt fokuseres på et enkelt, men meget grundlæggende karakteristikum ved den fænomenologiske etik. Her tænkes på etikens indlejring i den menneskelige livsverden.

Når sygeplejersker på onkologisk afd. og hospice taler om det intuitive greb i situationen eller metaforisk identificerer kroppen som en måde at handle på ('fingerspidsfornemmelse', 'det ligger på rygmarven' etc.), tolker jeg det som en ureflekteret måde at tackle den etiske situation på, hvor der med refleksion tænkes på det bevidste forhold til nogen eller noget. Netop 'forholdet' tolkes inden for en bred fænomenologisk ramme som noget sekundært, uegentligt eller på anden måde underordnet det mere umiddelbare engagement. I modsætning til denne 'forholden sig til' vil jeg her lettere simplificeret placere begrebet livsverden, som det bredt annekteres af fænomenologien. Når sygeplejersken således som negation ikke 'forholder sig' eller 'reflekterer', skaber det ikke et operationelt etisk tomrum. Med den fænomenologiske etik vil billedet tværtimod være vendt på hovedet. Det er netop, når sygeplejersken på onkologisk afd. og hospice taler om intuition, fornemmelse eller umiddelbarhed, at etikken som værdier og sædvaner betragtet afspejler sit egentlige indhold. Som normativ beskrivelse skal det her nævnes, at det netop var i situationer, hvor sygeplejersken efterfølgende talte om intuition eller fornemmelse, at patienten bagefter vurderede sygeplejerskens gøren og laden positivt gennem prædikative værdier såsom 'nærværende', 'rolig' og 'handlekraftig'.

Med fænomenologiens fokus på begrebet livsverden er der samtidig fokus på sammenhæng og relationer, hvor sygeplejersken altid allerede vil være en del af den situation, hun befinder sig i. Netop denne tanke afspejler praksis, når



sygeplejersker på de to institutioner taler om intuition som evnen til nærvær, umiddelbarhed og tilstedeværelse. På den måde er det ikke sygeplejersken, der placerer sig selv i situationen, men situationen der placerer sygeplejersken med en særlig opgave i den konkrete situation. Som tidligere eksemplificeret i analysen fik dette sin mest ekspressive formulering under et fokusgruppeinterview, hvor en sygeplejerske fremhævede at: '... det er situationen, der bringer det frem. Det er det, der er foran mig, der kalder på det, jeg skal'. Jeg ser imidlertid ikke denne udtalelse som en endelig verifikation endsige falsifikation af den fænomenologiske etik, men mere som et eksempel på en udtalelse fra en sygeplejerske, der kan tolkes inden for rammerne af det fænomenologiske begrebsapparat. Fænomenologien åbner eksempelvis mulighed for at forstå sygeplejerskens intuition som en befindtlighed eller stemning, der afstemmer eller regulerer sygeplejerskens handling. Gennem mine observationsstudier, hvorunder jeg ofte talte med sygeplejersker, var det mit klare indtryk, at refleksion ikke var en del af en primær løsningsstrategi. Refleksioner er således forbundet med praksis gennem negationer. Det er når sygeplejersken ikke kan tackle den etiske situation, at hun reflekterer. Eller sagt mere præcist gennem fænomenologien – det er, når situationen ikke umiddelbart taler til hende, at refleksion opstår eller bevidst forfølges. Der sker et brud i relationen mellem sygeplejerske og patient. Her er det nødvendigt med et eksempel. Direkte adspurgt om det sværeste i patientplejen svarer en erfaren sygeplejerske på hospice: '... det sværeste er den manglende relation. Når jeg ikke kan nå ind til patienten. Her mangler jeg fodfæste.' Det er med dette brud i patientkontakten, at sygeplejersken reflekterer. Under det sidste fokusgruppeinterview på hospice spørger jeg til refleksionernes plads og funktion i klinisk praksis, hvortil en sygeplejerske svarer:

'Der hvor jeg er umiddelbar og har en god kontakt og føler, at der er jeg bare på bølgelængde, der kan jeg levere mig selv... men i de situationer hvor jeg lige skal finde ud af, om der er gang i noget, som jeg ikke liiige ved... jamen så bliver jeg måske knap så meget mig selv, hvor jeg tænker: Hvordan skal jeg få det her til at køre'

Som sygeplejersken antyder, er den egentlige tilstedeværelse (at levere sig selv) der, hvor hun er umiddelbar og har en god kontakt. Modsat vil hun ikke være (knap så meget) sig selv, når situationen ikke taler til hende. Eller mere konkret når hun ikke ved, hvad hun bør gøre. For sygeplejersken kan det imidlertid være vanskeligt at vende tilbage til den umiddelbare tilgang til patienten med denne refleksivitet. Det synes at kræve en forpligtelse, hvilket studierne imidlertid vanskeligt kan verificere.

Med den fænomenologiske etik peges på de dele af analysen, hvor sygeplejersken handler og tavst viser sine normer og værdier gennem praksis. Med fænomenologien bliver det muligt at tilegne sig en forståelse af de øjeblikke, hvor sygeplejersken var henholdsvis nærværende og fraværende i mødet med patienten. Hertil vil jeg med den fænomenologiske etik fremhæve tre forhold. (1) Fænomenologien kan pege på nødvendigheden af refleksionens negation, hvilket ses som den spontane og umiddelbare handling, hvor sygeplejersken åbent lader situationen fortælle, hvad der er rigtigt og forkert. En måde at handle og være på, som sygeplejersken bl.a. identificerer som intuition. (2) Med den fænomenologiske etik nedtones imidlertid den måde, sygeplejerskens refleksive forhold styrker hende i mødet med patienten og ikke mindst refleksionens frugtbare vej ind og ud af det etiske dilemma, hvor analysen særligt viser nødvendigheden af refleksivitet i forbindelse med arbejdet med erfaringer. Sagt med andre ord kan intuition og spontanitet være et muligt mål eller delmål, men vejen dertil er brolagt med nødvendige erfaringer, der påkalder sig refleksivitet. (3) Som et sidste punkt har fænomenologien gennem en opløsning af subjektet vanskeligt ved at klarlægge, hvad og hvem det mere præcist er situationen taler til. Det analytiske arbejde efterlader således en beskrivelse af sygeplejersken, for hvem erfaringer sætter spor i karakteren. Karakteregenskaber der efterlader sygeplejersken med handletilbøjeligheder i de etiske situationer. Her berøres i mine øjne et helt centralt aspekt ved sygeplejerskens etiske praksis, hvor den fænomenologiske etik efterlades tavs.

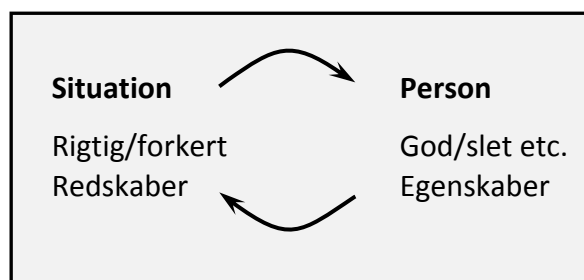
## Dydsetik

En af de centrale pointer, som analysen efterlader, er den forbindelse, der eksisterer mellem sygeplejerskens karakteregenskaber og den måde den etiske situation tackles og håndteres. Dydsetikken vil netop fremhæve egenskaber og dydeligheder som det vigtigste i beskrivelsen og dyrkelsen af en praksisforankret etik (p. 72 ff.). Det aristoteliske *phronesis* begreb skal dog ikke pløjes ind i denne undersøgelse. Med dydsetikken kan der imidlertid medtænkes nogle frugtbare distinktioner til begribelse af analysens resultater.

Som den første distinktion kan der skelnes mellem den etiske situation og den etiske person. Om den etiske situation anvender sygeplejersker begreberne rigtig og forkert. Om den etiske person anvendes derimod andre prædikater såsom god, dygtig, dårlig, rolig, respektløs osv. I den formelle såvel som uformelle dialog om etik blandt sygeplejersker på de to institutioner tales der i reglen om den etiske situation, hvor en handling kan være mere eller mindre rigtig eller forkert. Eller sagt mere præcist. Når der tales om etik, som et bevidst - 'nu taler vi om etik' - tales der ud fra situationen. Dermed ikke sagt, at der ikke tales om sygeplejerskers karakteregenskaber. Snarere tværtimod. De udvalgte sygeplejersker vurderer kontinuerligt hinandens karakteregenskaber på godt og ondt. I reglen sker dette imidlertid ikke med bevidsthed om relationen til den etiske diskurs i form af begreberne 'etik', 'moral', 'dilemma' etc. Når sygeplejersken til gengæld befinder sig i den etiske situation, vil hendes karakteregenskaber komme til udtryk gennem erfaringsbaserede handletilbøjeligheder. Verbalt kommer dette til udtryk gennem udtalelser såsom: 'Det ligger til mig', 'Jeg kunne ikke gøre andet', 'Det er sådan jeg er'. Det at arbejde etisk vil iflg. dydsetikken kræve et arbejde med ens person. Situationen må med andre ord aldrig løsrives fra den person, der gennemlever situationen. Sygeplejersker på både onkologisk afd. og hospice vil qua deres oplevelser og erfaringer i sig selv gennemgå en personlig udvikling. Ikke desto mindre er arbejdet med etik i langt højere grad formaliseret gennem værdisæt og mere eller mindre formelle drøftelser af etiske situationer, hvor personen ganske ofte anonymiseres. Uden at skulle være normativ på dette punkt eksisterer der således en dualitet mellem

de formelle hensigtserklæringer på den ene side og de personafhængige dueligheder på den anden side.

Med dydsetikken fokuseres der som nævnt på karakteregenskaber. Dette kan ses i opposition til etiske redskaber såsom begrebskategorier, retningslinjer, principper, regler, modeller e. lign. Sidstnævnte redskaber bringes primært i anvendelse på de to institutioner, når der tales om en etisk situation. Disse drøftelser om etik har imidlertid betydning som værdimæssig afstemning og dermed som kultur- og identitetsskabende funktion. Et aspekt der rækker udover dydsetikken. Som det fremgår af analysen, sker der således både en bevægelse fra de etiske egenskaber til de etiske redskaber og fra de etiske redskaber til de etiske egenskaber. Med den analytiske fremstilling og den teoretiske afstemning skal det senere klarlægges, hvordan sammenhængen mellem redskaber og egenskaber kan fortolkes og forstås (jf. figur 4.1)



Figur 4.1: Relation mellem situation og person

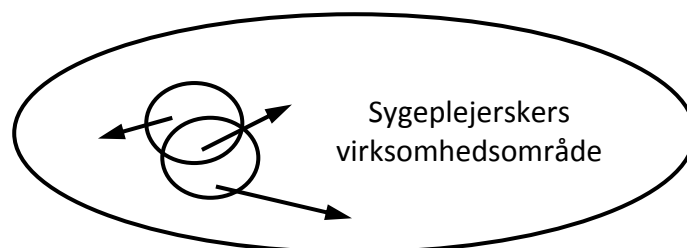
På baggrund af dydsetikken skal her fremhæves en sidste distinktion set i lyset af analysen. Her tænkes på distinktionen mellem fornuft og erfaring. Den aristoteliske dydsetik favoriserer erfaringen, hvorfra etikken finder sine rødder. Dog skelner Aristoteles mellem karakterdyder og intellektuelle dyder. Det er netop samspillet mellem disse, hvor *phronesis* er styrende, at vi bør aktualisere det gode liv. På dette punkt viser der sig flere paralleller til de to undersøgte institutioner. Før erfaringen bliver til vane og senere sædvane reflekterer de udvalgte sygeplejersker over deres erfaring ved at opholde sig ved og forholde sig til den etiske situation. Når en etisk situation således ikke kunne finde sin reference i en erfaring, efterlod det flere gange sygeplejersken i en refleksiv tilstand. Disse fornuftbaserede refleksioner var ofte baseret på mere generelle erfaringer i livet. Det er her, sygeplejersker henviser til

opvækst og herkomst, hvilket kommer til udtryk i formuleringer af typen: 'min egen boldgade' 'det har jeg hjemme i', 'det ligger til mig' (jf. p. 129 ff.). Med dydsetikken finder vi således ikke blot en teoretisk reference til en personorienteret dydsetik, men også et fokus på nødvendigheden af fornuftens rolle i de vanskelige situationer. En ganske særlig fornuft (*phronesis*) der er bundet til den specifikke situation. På baggrund af analysens resultater savnes imidlertid stadig en præcis beskrivelse og fremstilling af forbindelsen mellem refleksion og handling.

## Forholdet mellem evidensstyrke og udsagnstyrke

### Genfremstilling af felten

Som projektet var planlagt og gennemført, berører undersøgelsen kun en afgrænset del af sygeplejerskers etiske praksis. En række faktorer vil kunne adskille de to institutioner fra andre dele af sygeplejens virksomhedsområde, som det simpelt er illustreret i fig. 4.2. Det er disse faktorer, som nu skal behandles mere indgående med sigte på at skabe balance mellem projektets evidensstyrke og udsagnstyrke. Med evidensstyrke skal forstås stabiliteten af det grundlag og dermed de kendsgerninger, som undersøgelsens resultater hviler på. Med udsagnstyrke skal forstås styrken af de udsagn, som kommer til udtryk gennem undersøgelsen. Sagt billedligt skal det med evidensstyrken undersøges, hvilke og hvor mange instrumenter jeg kan spille på, før jeg går i gang med koncerten. Med udsagnstyrken skal det undersøges, hvor mange jeg kan tillade mig at invitere med til koncerten. Der kræves således en balance mellem projektets evidensstyrke og udsagnstyrke. Mere præcist skal der peges på de signifikante ligheder og forskelle, der eksisterer mellem det undersøgte felt og andre dele af sygeplejerskers etiske praksis. Jeg vil kalde det for en undersøgelse af feltets grad af typiskhed, hvilket kan legitimere en videre behandling af analysens tematiske fremstilling.



*Fig. 4.2: det undersøgte felt set som en delmængde af sygeplejerskers etiske praksis*

Som illustreret antages der at være ligheder men også forskelle mellem de to undersøgte institutioner (overlappende cirkler). Det primære spørgsmål er imidlertid, hvordan de to institutioner adskiller sig fra andre dele af sygeplejerskers etiske praksis (illustreret via de tre pile). I bestræbelsen på at få afdækket signifikante ligheder og

forskelle i forholdet mellem det undersøgte felt og sygeplejerskers mere generelle praksis vil jeg indledningsvis skelne mellem fire kategorier, hvorigennem disse ligheder og forskelle præsenteres. Dels skelner jeg mellem forskelle og ligheder, som de kan identificeres før og efter undersøgelsen (a priori, a posteriori), og dels skelner jeg mellem signifikante ligheder og forskelle, som de kan begrundes deduktivt og induktivt. Jeg vil således arbejde ud fra en firedelt kategorisering, med kategorien 'a priori - induktiv', som logisk tom kategori (jf. fig. 4.3.).

	Deduktiv begrundelse	Induktiv begrundelse
<b>A priori</b>	Relevante og signifikante forskelle mellem de to undersøgte institutioner og andre dele af sygeplejerskers etiske praksis <i>før</i> feltstudierne	-
<b>A posteriori</b>	Relevante og signifikante forskelle mellem de to undersøgte institutioner og andre dele af sygeplejens etiske praksis <i>efter</i> feltstudierne	Relevante og signifikante forskelle mellem de to institutioner og andre dele af sygeplejerskes etiske praksis undersøgt <i>empirisk</i>

*Fig. 4.3: Forskelle og ligheder mellem det undersøgte felt og sygeplejens etiske praksis med udgangspunkt i begrundelser, der deler sig ud fra begrebsparrene a priori/a posteriori og deduktion/induktion.*

Det skal endvidere understreges, at der med ligheder og forskelle fokuseres på relevante og signifikante ligheder og forskelle. Der er altid forskelle mellem situationer, sygeplejersker, handlinger og afdelinger etc. Ofte høres derfor udtrykket: 'to situationer er ikke ens', 'to personer er ikke ens' osv. Samtidig vil der altid være ligheder, hvor to sygeplejersker eksempelvis ligner hinanden gennem det forhold, at de begge har været gennem en uddannelse. Med begreberne 'relevant' og 'signifikant' fokuseres på de forskelle og ligheder mellem det undersøgte felt og resten af sygeplejerskers etiske praksis, som har betydning og værdi på et praktisk og konkret niveau. Dvs. særligt de forskelle og ligheder, der i praksis yder indflydelse på det som undersøges.

### **Signifikante a priori forskelle belyst og begrundet deduktivt**

Forud for selve undersøgelsen lå der en lang række overvejelser til grund for valget af de to institutioner som grundlag for indfrielse af projektets mål (jf. p. 36 ff.). I denne sammenhæng skal der ikke fokuseres på selve udvalget, men derimod på signifikante forskelle (og ligheder) mellem det undersøgte felt og andre dele af sygeplejerskers virkefelt, med den hensigt at rodfæste projektet inden for større dele af den kliniske praksis.

Ifølge Dansk Sygeplejeråds medlemsstatistik (januar 2007) er 53.193 sygeplejersker i beskæftigelse i Danmark. Hovedparten (64,3 %) af disse sygeplejersker arbejder på landets sygehuse. Andre 24,2 % arbejder i primær sundhedstjeneste. Hertil kommer en mindre gruppe, der arbejder i uddannelsessystemet, i fængsler, på klinikker, lægekonsultationer osv. Her skal der kun fokuseres på den store gruppe af sygeplejersker (88,5 %), der enten arbejder i sygehusvæsenet (inkl. hospice) eller i den primære sundhedstjeneste. Dette udelukker imidlertid ikke, at andre dele af sygeplejens praksis indfanges af undersøgelsen, men her skal blot fokuseres på størstedelen af sygeplejerskens arbejdsfelt.

#### *Sygehusvæsenet*

I sygehusvæsenet (den sekundære sundhedsindsats) arbejder sygeplejersker både inden for det somatiske og psykiatriske område. Med det somatiske felt, kan der a priori siges at være nogle signifikante forskelle mellem det undersøgte felt (onkologisk afd./hospice) og andre somatiske afdelinger. Arbejder sygeplejersken således på onkologisk afd. eller hospice, vil der ud fra det forhold, at flere patienter dør eller erkender at de snart dør, være særlige eksistentielle forhold, der er forskellige fra eksempelvis en kirurgisk eller medicinsk afd., hvor patienter *ceteris paribus* behandles og med større hyppighed bliver raske. Sagt med andre ord er der ikke nødvendigvis flere men nogle særlige situationer på onkologisk afd. og selvsagt også på hospice. Med eksistentielle forhold tænkes på spørgsmål om liv og død, hvilket ikke blot kan påvirke karakteren af det etiske dilemma, men også sygeplejerskens karakter såvel som hendes refleksioner og handlinger. Mere præcist vil det forhold, at der på de to



udvalgte institutioner ofte arbejdes på grænsen mellem liv og død, kunne gøre oplevelsen af det etiske dilemma mere intens eller vanskelig. Denne relevante og signifikante forskel mellem det undersøgte felt og andre dele af sygeplejens praksis vil i udgangspunktet skabe et forbehold i det videre arbejde med undersøgelsens delkonklusioner. Hertil skal det imidlertid understreges, at undersøgelsen ikke tager sigte på en særlig type etiske dilemmaer, som de viser sig i spørgsmålet om liv og død. I undersøgelsen er der heller ikke fokuseret på de eksistentielle spørgsmål og vilkår. Tværtimod er de etiske dilemmaer blevet reduceret til to grundtyper (autonomi >< paternalisme, solidaritet >< loyalitet), som de a priori kan vise sig i hele sygehusvæsenet. Som eksempel vil sygeplejersker på alle afdelinger kunne stå med spørgsmålet om graden af patientautonomi i den specifikke situation, og alle sygeplejersker vil kunne befinde sig i loyalitetskonflikter med læge, pårørende eller kollega. Dette gælder ikke kun diversiteten mellem afdelinger, men også sygepleje inden for så forskellige områder som pædiatri og geriatri osv. Hertil kan det indvendes, at det er sygeplejersker med særlige karakteregenskaber, der søger arbejde på onkologisk afd. og hospice i særdeleshed. A priori kan det forestilles at være sygeplejersker, der gerne vil arbejde med den svære samtale. Deduktivt vil dette kunne få den konsekvens, at sygeplejersker i højere grad søger kommunikationen med patienten og derfor samtidig vælger en særegen strategi til løsning eller opløsning af det etiske dilemma. På dette punkt vil der således a priori være et forbehold, når undersøgelsens resultater viderebehandles.

Fokuseres der på afdelingstype, hvor sygeplejersker har deres virke, kan der være flere forskelle, der skal tages i øjesyn. Sygeplejersker, der arbejder på sygehuse, kan dels være ansat på sengeafdelinger, dvs. afdelinger hvor patienterne er indlagt, dels på behandlingsafdelinger som f.eks. operations- og anæstesiaafdelinger og dels på undersøgelsesafdelinger f.eks. røntgenafdelinger og ambulatorier hvor patienter møder til undersøgelse og kontrol. Sammenligner vi disse tre afdelingstyper, vil patientkontakten variere både kvantitativt og kvalitativt. Indlæggelsestiden på henholdsvis onkologisk afd. og hospice kan variere fra 1 døgn til adskillige uger. Til trods for denne mulige kvantitative lighed med andre afdelinger kan der apriorisk være

en række kvalitative forskelle, der betinger den etiske praksis. Eksempelvis har patienten i narkose aktuelt ingen selvbestemmelse (dog potentielt set), hvilket afgrænser en række etiske dilemmaer på eksempelvis en operationsafdeling. Hertil skal det fortsat understreges, at der på alle sygehusafdelinger kan opstå etiske dilemmaer af de typer, som undersøgelsen inkluderer, og som det vigtigste er det særligt måden, sygeplejersken tackler disse etiske dilemmaer, som undersøgelsen fokuserer på.

Anskues forholdet mellem de udvalgte institutioner og psykiatrien (psykiatriske institutioner og distriktpsikiatriske enheder), vil der her kunne identificeres mindst én a priori forskel i relation til den etiske praksis. I psykiatrien vil der apriorisk være flere etiske dilemmaer, der binder sig til patientautonomi. Blot det forhold at der i psykiatrien anvendes tvang, rejser en række spørgsmål med en mulig forbindelse til en række etiske dilemmaer. Hvorvidt der faktisk, kvantitativt såvel som kvalitativt, identificeres forskellige etiske dilemmaer i psykiatrien, kan og skal der ikke sluttes til her. Til gengæld skal det pointeres, at undersøgelsen ikke primært fokuserer på selve identifikationen af det etiske dilemma, med derimod på den måde dilemmaet tackles og håndteres gennem refleksion og handling. Endvidere kan der henvises til det forhold, at der inden for det undersøgte felt blev identificeres en række etiske dilemmaer med reference til problematikken omkring patientautonomi, og at disse dilemmaer ganske ofte var forbundet med pleje af patienter med kognitive forstyrrelser af forskellig art. Dette udelukker imidlertid ikke et forbehold, når resultaterne skal kaste lys over sygeplejerskers arbejde i psykiatrien. Her vil undersøgelsen, dens resultater og konklusioner ikke fuldt og helt afspejle den psykiatriske praksis, men mere generelt pege på en række vigtige fokuspunkter.

#### *Primær sundhedstjeneste*

Der består en række grundlæggende forskelle mellem den primære og sekundære sundhedstjeneste. Her vil jeg i første omgang opholde mig ved den vigtige forskel, at sygeplejersker, der arbejder i den primære sundhedstjeneste, møder borgeren i eget miljø. Det kan således apriorisk være en værdimæssig forskel, hvorvidt det er borgeren

eller sygeplejersken, der kommer på 'besøg', og ikke mindst de rammer inden for hvilke plejen finder sted. Jeg vil i det følgende argumentere for flere relevante og signifikante forskelle mellem de to undersøgte institutioner (onkologisk afd. og hospice), for ad den vej at kunne identificere signifikante ligheder mellem det undersøgte felt og det etiske felt i primær sundhedstjeneste.

Der eksisterer en lang række forskelle mellem onkologisk afd. og hospice ud fra flere parametre. For det første er det en tilstræbt praksis på hospice at gøre stuen, hvor patienten er indlagt, 'hjemlig' ved at tillade flere personlige ejendele, end det er tilladt (og praktisk muligt) på sygehuset. Endvidere eksisterer der den helt afgørende forskel mellem sygehuset og hospice, at sundhedspersonalet på hospice retter sig efter patientens rytme så vidt det er muligt. På sygehuset vil det i overvejende grad være omvendt, hvor patienten retter sig efter de faglige rutiner og gøremål. En anden forskel er den tid, sygeplejersken har til den enkelte patient (qua normering). Der vil være forskel mellem hospitalsafdelingen og hospice, hvor sygeplejersken på hospice generelt set har mere tid til patienten. Forskellen i tidspresserelaterer sig ikke kun til omsorgen for patienten, men også til mængden og typen af refleksioner i praksis. Dertil kommer, at der på hospice skabes mulighed for (eller krav til) flere formelle refleksionsrum. Det være sig daglige møder, konferencer, supervision deslige (jf. fig. 4.4).

Sygehus	Hospice
'Mindre tid'	'Mere tid'
Få formaliserede refleksionsrum	Flere formaliserede refleksionsrum
Behandlingseffektivitet	Ingen kurativ behandling (generelt set)
Afstemt koordinering mellem faggrupper og afdelinger	Afstemt koordinering med patientens livsstil, døgnrytme etc.
Ensartede omgivelser	Tilstræbt lighed med patientens eget hjem

*Figur 4.4: Relevante og signifikante forskelle som de definatorisk og a priorisk kan identificeres mellem sygehuset og hospice.*

Ovennævnte identificerede forskelle mellem sygehuset og hospice viser sig relevante, når undersøgelsen skal valideres ud fra hele sygeplejens etiske praksis. Spændvidden mellem sygehuset og hospice vil således kunne mindske de signifikante forskelle, der består mellem den primære og sekundære sundhedstjeneste. Her vil jeg særligt fokusere på to forhold. For det første er der en signifikant lighed mellem hospice og sygeplejerskens arbejde i den primære sundhedstjeneste ud fra det forhold, at der begge steder fokuseres på en afstemt koordinering med patientens døgnrytme. For det andet er der lighed mellem det (pleje-) rum, sygeplejerskens møder patienten i, på hospice og i den primære sundhedstjeneste. Graden af hjemlig- og privatsfære er begge steder større set i forhold til sygehuset. Ovennævnte ligheder mellem hospice og primær sundhedstjeneste er relevante, når normer og værdier belyses i det etiske felt. Eksempelvis vil respekten for patientens autonomi alt andet lige (*ceteris paribus*) være større på hospice og i primær sundhedstjeneste, hvilket de empiriske studier bekræfter i førstnævnte tilfælde. Det er imidlertid vigtigt at understrege, at de etiske dilemmaer apriorisk vil kunne grundfæstes samme sted. Hermed menes, at de etiske grænser for patientautonomi samt solidaritets/loyalitetskonflikter med lægen, kollegaen og de pårørende både kan vise sig på hospice og i primær sundhedstjeneste.

Tilbage står nogle signifikante forskelle mellem det undersøgte felt og den primære sundhedstjeneste. Her tænkes særligt på hjemmesygeplejersken, som ikke har de samme muligheder for dialog med kolleger, som tilfældet er på henholdsvis sygehuset og hospice. Håndteringen af et etisk dilemma kan alene ud fra dette forhold apriorisk tænkes at divergere, hvilket skaber et forbehold, når undersøgelsens implikationer behandles og diskuteres.

### **Signifikante a posteriori forskelle belyst og begrundet deduktivt**

Forlades de aprioriske argumenter til fordel for de aposterioriske argumenter, skal undersøgelsens resultater nu efterses med blik for signifikante forskelle mellem det undersøgte felt og resten af sygeplejens kliniske praksis. Billedligt ser jeg her mig selv som edderkoppens krop, der centralt placeret i sit net har berøring med hele nettet ved at trække i trådene. Analogt har jeg kun undersøgt en lille del af sygeplejerskers etiske

praksis, men kan med udgangspunkt i undersøgelsens resultater genfinde forskelle og ligheder i andre dele af sygeplejerskers etiske praksis. Finder jeg en grundlæggende forskel i feltet, må jeg som edderkoppen i nettet nødvendigvis bevæge mig derhen, hvor tråden strammer, dvs. der hvor feltet efterlader en signifikant forskel, hvilket sker induktivt i det efterfølgende afsnit.

#### *Formaliserede værdibegreber og værdifuld praksis*

Både på onkologisk afd. og hospice blev der arbejdet med værdibegreber formaliseret gennem et værdigrundlag (jf. bilag 6, 7). Vejen mellem værdibegreber og greb i praksis kunne ikke endeligt identificeres. Med enkelte undtagelser på hospice var der, iflg. de adspurgte sygeplejersker, ingen forbindelse mellem de formaliserede og nedfældede værdibegreber til grebet i praksis (jf. side 110 ff.). Spørgsmålet er nu, hvorvidt dette forhold også gør sig gældende i resten af feltet. I første omgang vil forskellen mellem onkologisk afd. og hospice kunne indfange andre dele af sygeplejens praksis. Her kan først nævnes den grundlæggende forskel, at onkologisk afd. netop havde påbegyndt deres formaliserede værdiarbejde kort før den aktuelle undersøgelse. På hospice derimod havde værdigrundlaget været kendt gennem en årrække og blev eftersat/revideret årligt. Desuden var der flere formelle henvisninger til værdigrundlaget på de daglige møder på hospice, set i forhold til onkologisk afd. hvor værdigrundlaget primært blev nævnt, når det var en ekspliciteret del af dagsordenen på møder eller temadage. Endelig var selve indholdet i værdigrundlaget på de to institutioner forskelligt. Konkret var det således en række forskellige værdibegreber, der blev præsenteret og defineret. Ovennævnte forskelle forsvare en større grad af udsagnstyrke, når anvendelsen af et eller flere værdigrundlag behandles i sygeplejens kliniske felt. Tilbage står spørgsmålet, hvor mange afdelinger og institutioner der arbejder med eller ud fra værdigrundlag, kodeks e. lign., hvilket i relevant omfang skal behandles induktivt.

### *Hvordan taler etikken og hvordan bringes den i tale?*

Begrebet 'etik' kunne ikke klart afgrænses blandt de adspurgte sygeplejersker. Begrebsligt kunne etik både bestemmes kvantitativt såvel som kvalitativt som redskab og egenskab, som nødvendighed og omstændighed. Disse dualiteter blev bl.a. identificeret gennem sygeplejerskers brug af metaforer. Netop brugen af metaforer kan variere fra institution til institution. Som eksempel besøgte jeg for nogle år tilbage *Trinity Hospice* i London, hvor der var rettet stor opmærksomhed på brugen af metaforer i plejen af de terminale patienter. Plejepersonalet var meget bevidst om patientens brug af krigsmetaforer, hvilket kunne farve patientens tanker i negativ retning. Blandt andet af den grund var der anlagt en stor have i tilknytning til hospice. Her kunne patienterne opholde sig, i det omfang det var fysisk muligt. Dette kunne i sig selv appellere til brug af havemetaforer, som virker på en anden måde i forhold til krigsmetaforen. Patientens situation kan her sprogliggøres ud fra tanker om årstider, vækst, pleje (fx luge, beskære, gøde), at give næring, at give liv, modningsprocesser osv. Både på onkologisk afd. og hospice anvendte flere sygeplejersker og patienter havemetaforer, når talen faldt på værdimæssige forhold (jf. p. 127ff.). Ikke desto mindre kan der opstilles den relevante hypotese, at etikkenes begrebsliggørelse og handlingsmæssige udtryk kan divergere gennem det metaforiske beredskab (Lakoff og Johnson 1980). Pointen er her, at onkologisk afd. samt hospice fysisk lå placeret i en etageejendom, hvor der eksempelvis på Hospice Fyn er mulighed for, at patienter, pårørende og plejepersonale kan færdes i en stor anlagt have med direkte adgang for alle ([www.hospicefyn.dk](http://www.hospicefyn.dk)). Der er muligvis tale om en mindre kuriositet og en forskel, der ikke behøver yderligere behandling. Det skal blot nævnes, at der på dette punkt savnes studier, der belyser sammenhængen mellem det metaforiske og etiske udtryk.

### *Etiske dilemmaer: Identifikation*

I det undersøgte felt havde sygeplejersker svært ved sprogligt at skelne mellem en svær etisk situation og et etisk dilemma. Endvidere blev der ikke skelnet klart mellem dilemmaer og etiske dilemmaer. Her kan der deduktivt opstilles et argument, hvor præmissen er følgende. Hvis sygeplejersken klart begrebsligt kan identificere det etiske

felt, herunder det etiske dilemma, så vil sygeplejersken håndtere disse på en forskellig måde sammenlignet med en mangelfuld identifikation. Ud fra denne præmis må konklusionen være, at hvis der i modsætning til onkologisk afd. og hospice er andre afdelinger, hvor etikken begrebsligt behandles mere distinkt, så vil der som mulighed også være sygeplejersker, der reflekterer og handler mere distinkt. Den manglende entydighed i de begrebslige bestemmelser vil kræve en mere induktiv begrundelse, hvor andre dele af sygeplejens praksis undersøges empirisk. En ting synes dog at kunne konkluderes deduktivt – nemlig det forhold, at der kræves en række sproglige afstemninger af etiske begreber, før entydigheden viser sig. I den offentlige debat om etik er der således langt fra entydighed, når det gælder de etiske begreber.

Et andet forhold, som viser sig a posteriori, er den aktuelle gruppering af de etiske dilemmaer i det undersøgte felt. De etiske dilemmaer blev således grupperet i to typer. Henholdsvis værdikonflikter mellem autonomi og paternalisme og konflikten mellem solidaritet og loyalitet. Med en kritisk betragtning af denne typebestemmelse vil man retorisk kunne spørge, hvorvidt der på nogen måde kan tænkes at være andre typer af etiske dilemmaer i sygeplejerskers etiske praksis, som ikke kan grupperes i disse kategorier. Sagt med andre ord kan selve typebestemmelsen siges at være tautologisk allerede i udgangspunktet. For at tage brodden af dette argument vil jeg særligt gribe fat i det forhold, at der gennem undersøgelsen er identificeret en række etiske dilemmaer under hver kategori, som vil kunne falsificeres gennem fortsatte empiriske studier. Som eksempel var der flere autonomikonflikter på onkologisk afd. til forskel fra hospice. Endvidere var der flere konflikter med lægerne på onkologisk afd. til forskel fra hospice. På hospice var der til gengæld flere dilemmaer i mødet med de pårørende og ledelsen. Disse divergenser i det undersøgte felt udvider ikke blot udsagnstyrken, men understreger tillige det forhold, at der i sygeplejerskers etiske praksis kan identificeres signifikante forskelle i den specifikke typebestemmelse af etiske dilemmaer. Der kan imidlertid ikke deduceres entydigt fra divergenser i typebestemmelsen af de etiske dilemmaer til sygeplejerskens håndtering af samme gennem refleksion og handling. Tværtimod peger undersøgelsen på andre parametre, hvorudfra tacklingen af de etiske dilemmaer betinges. Her tænkes særligt på

sygeplejerskens individuelle erfaringer (både privat og på arbejdet) og ikke mindst sygeplejerskens karakteregenskaber, hvilket hænger sammen med det første.

#### *Etiske dilemmaer: Løsning og opløsning*

Undersøgelsen konkluderer, at der inden for det undersøgte felt primært reflekteres etisk ud fra konsekvensberegninger, hvor den mere grundlæggende forpligtelse er svag, med mindre den konkrete sygeplejerske selv er mærket af store oplevelser, som har forpligtet hende. De nedskrevne såvel som de uskrevne pligter vil kun i mindre omfang forpligte sygeplejersken, hvis der er tale om et etisk dilemma, som udfordrer denne pligt. Man vil her kunne fremføre den hypotese, at pligtfølelsen stiger, desto mere religiøsiteten viser sig i sygeplejerskens arbejde. Netop det forhold at de fleste religioner er deontiske og dogmatiske, vil kunne ændre på sygeplejerskens etiske praksis. Ud fra denne hypotese vil eksempelvis diakonisser som udgangspunkt være disponeret for en divergerende etisk praksis. Det samme kan være tilfældet, hvis institutionen har en toneangivende og markant person på afdelingen, som præger sygeplejegruppen med dogmatiske synspunkter, hvilket eksempelvis kan være sygehuspræsten, lederen eller andre. Som det mest oplagte eksempel skal nævnes de katolske nonner (Mariasøstre), som gennem flere år havde deres gang med små opgaver på hospice. Jeg oplevede Mariasøstre gennem mine indledende studier, hvor de bl.a. deltog under morgensang. De sidste søstre forlod imidlertid hospice forud for selve undersøgelsen, hvor flere sygeplejersker udtalte, at der manglede noget i tiden efter nonnernes hjemrejse, uden dog at kunne sætte ord på denne mangel. Mit indtryk er, at nonnerne skabte en særegen stemning på hospice, hvilket også sygeplejerskerne kunne bekræfte. Men en egentlig dogmatisk indflydelse i form af markante synspunkter eller lignende var der ikke tale om. Ikke desto mindre var det kristne grundlag formelt ekspliciteret på hospice i Vejle, men kom ikke til udtryk direkte (bortset fra højtlesning af Fadervor og salmesang under andagterne) eller nævnt som mulig håndtering af etiske dilemmaer. Sidstnævnte vil imidlertid være vanskeligt entydigt at verificere eller falsificere. Men blot det forhold, at tro og



religiøse tilhørsforhold kan afspejles i den etiske refleksion og handling, er en relativiserende faktor, som vil påvirke undersøgelsens udsagnstyrke.

En af undersøgelsens centrale delkonklusioner angår den måde, erfaring spiller en rolle, når det etiske dilemma håndteres. Undersøgelsen kan således nuancere den nærliggende hypotese om erfaringens betydning for sygeplejerskens etiske refleksion og handling. Det er ikke kvantiteten af erfaringer, der er udslagsgivende, men derimod erfaringens kvalitative indhold. Det er den måde, individuelle erfaringer har skabt spor hos sygeplejersken, der betinger hendes gøre og laden i det etiske dilemma. På den baggrund peger studiet endvidere på en række aldersbetingede faktorer i forbindelse med det etiske dilemma. Set i lyset af undersøgelsens kvalitative metodiske design, hviler resultaterne imidlertid på et spinkelt grundlag. Isoleres alder som parameter, vil der således være baggrund for en mere kvantitativ analyse af sygeplejerskens etiske praksis.

Blandt de centrale og operationelle resultater fra undersøgelsen skal endvidere peges på den måde, sygeplejersker i det etiske felt håndterer det etiske dilemma set som en proces, før, under og efter situationen (etik i forruden og bagruden). Undersøgelsen peger bl.a. på dialoger med kolleger efter den vanskelige situation som en central parameter for sygeplejerskens håndtering af det etiske dilemma. Her skal nævnes tre forhold, som kan pege på mulige signifikante forskelle i relation til andre dele af sygeplejens aktivitetsområde. For det første kan det ikke udelukkes, at mandlige sygeplejersker håndterer det etiske dilemma (efter den vanskelige situation) på en signifikant forskellig måde set i forhold til de kvindelige kolleger. Desuden vil der være dele af sygeplejerskers etiske praksis, hvor antallet af fagkolleger er få eller ikke eksisterende. Endelig kan der være dele af sygeplejen, hvor arbejdsforholdene gør det vanskeligt at tale med kolleger om vanskelige situationer pga. arbejdspress eller fysiske forhold. Jeg vil her imødegå ovennævnte forskelle ud fra følgende argumenter. Antallet af aktive danske mandlige sygeplejersker er 3,2 % ifølge Dansk Sygeplejeråds medlemsstatistik 2007 og vil derfor, som mulig signifikant forskel, kun udgøre en meget lille del af det samlede genstandsfelt. Desuden vil hjemmesygeplejersken, der ofte arbejder alene, i reglen mødes med fagkolleger i

forbindelse med pauser eller vagtskifte, hvor dialoger kan finde sted. Sygeplejersker der ikke møder fagkolleger i løbet af dagen (eks. klinikker og lægekonsultationer etc.) vil i reglen møde andre kolleger, med hvem de svære situationer kan drøftes. Som det vigtigste argument skal imidlertid fremføres den forskel, der eksisterer inden for rammerne af det undersøgte felt. Sygeplejersker på hospice har således både formelt (flere møder) og uformelt (mere tid) flere muligheder for kontakt med kolleger set i forhold til onkologisk afd., hvor dialoger med kolleger var besværliggjort af få planlagte møder og generelt arbejdspress. Disse forskelle til trods var dialoger med kolleger alligevel en central vej til håndtering af de etiske situationer, som de præsenterer sig på hospice og onkologisk afd.

#### *Samvittighed, karakter og udvikling*

Resultater fra undersøgelsen peger på sygeplejerskens karakter som en helt central parameter, når det etiske dilemma håndteres. Med karakteregenskaber blev der fokuseret på samvittighed og eksistentielle forhold som udslagsgivende parametre i det etiske dilemma. Hertil kan det indvendes, at sygeplejersken vil vælge afdeling og dermed arbejdsområde betinget af personlige præferencer, der afspejler hendes karakter. Som eksempel kan der fremstilles den hypotese, at sygeplejersker, der arbejder på intensiv eller skadestuen, er forskellige personligheder set i forhold til sygeplejersker, der arbejder på et ældrecenter. Der er tale om en hypotese, som vil være interessant at efterprøve empirisk. I denne sammenhæng vil jeg dog imødegå hypotesen med følgende argumenter. Med nærværende studium har der ikke været fokuseret på en særlig karaktertype, som kan identificeres på hospice og/eller onkologisk afd. Derimod viser undersøgelsen, at karakteregenskaber, uanset hvilke, har betydning for håndteringen af det etiske dilemma. Desuden er der tale om meget individuelle omstændigheder, hvor den enkelte sygeplejerske skaber en mestringsstrategi betinget af egne erfaringer og træk. De mere generelle forhold på afdelingen, det vil sige afstemte normer og værdier, er ikke på samme måde forbundet med den enkelte sygeplejerskes karakter, som tilfældet er med de personlige erfaringer i arbejdsliv og privatliv. Ovenstående argumenter til trods kan det stadig

ikke udelukkes, at der viser sig visse fællestræk for sygeplejersker, der arbejder på forskellige institutioner, hvilket samtidig betinger den enkeltes håndtering af det etiske dilemma. Hertil vil der som tidligere nævnt kræves flere undersøgelser.

### **Signifikante a posteriori forskelle belyst og begrundet induktivt**

Efter de deduktivt begrundede forskelle mellem det undersøgte felt og den resterende del af sygeplejerskers virkefelt skal der nu kastes lys på de signifikante forskelle, som kan behandles induktivt inden for rammerne af projektet. Med induktive forskelle tænkes på empiriske forhold, som kan skabe balance mellem undersøgelsens evidensstyrke og udsagnstyrke. Dette skal ikke reduceres til litteraturstudier. Derimod kan mindre empiriske undersøgelser være relevante til styrkelse af undersøgelsens udsagnstyrke. På dette punkt vil der være en række metodiske udfordringer såvel som begrænsninger. Hertil skal understreges to forhold. For det første er der ikke tale om en tilbagevenden til det allerede undersøgte felt. Ideen er tværtimod at konsolidere projektets udsagnstyrke ud fra en empirisk undersøgelse af forskelle og ligheder mellem det undersøgte felt og andre dele af sygeplejens etiske praksis. For det andet er der ikke tale om nye afgrænsede undersøgelser, men derimod en række stikprøveinterviews som henholdsvis kan verificere og falsificere undersøgelsens resultater. Den primære tanke er ikke at foretage en metodisk bevægelse fra det kvalitative mod en mere generaliserende kvantitativ undersøgelse. Ideen er mere pragmatisk at ville forøge undersøgelsens udsagnstyrke ved induktivt at sammenholde undersøgelsens resultater med andre dele af sygeplejens etiske praksis. Undersøgelsens teser skal med andre ord konfronteres med praksis igen ud fra spørgsmålet om tesernes almengyldighed. Kan tesernes genfindes og dermed genkendes i andre dele af sygeplejens arbejdsfelt?

Jeg udvalgte i alt 7 institutioner, hvor jeg besøgte 17 afdelinger eller afsnit (jf. fig. 4.5). Undersøgelsen fandt sted i oktober/november 2007, nøjagtig et år efter feltstudierne på onkologisk afd. og Sct. Maria Hospice Center i Vejle.

Institution	Afdeling, afsnit, enhed
Hvidovre Hospital	Apopleksi afd., Hjerte afd., Ortopæd-kirurgisk afd., Børneafd., Geriatrisk afd.
Odense Universitetshospital	Akut medicinsk modtageafsnit C7, Hjerte thorax afsnit T1, Lungemedicinsk afsnit C5, Øre-, næse-, halsafsnit.
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Dagkirurgisk center 134, Øre-, næse-, halsafsnit 651, Medicinsk sengeafd. 242, Hæmodialyse afd. 231.
Århus Sygehus	Onkologisk afd. afsnit D1 (kun telefoninterview)
Psykiatricenter Vest, Esbjerg	Sengeafsnit E1
Ældreplejen i Esbjerg Kommune	Skovbocentret (områdecenter)
Regionshospitalet Hammel Neurocenter	Sygeplejersker fra flere afsnit

Figur 4.5: Udvalgte institutioner hvor de aktuelle stikprøveinterviews fandt sted.

Samlet set var der tale om korte interviews med sygeplejersker, der havde flere forskellige funktioner på afdelingen, afsnittet eller enheden. Jeg spurgte sygeplejersken enkeltvis om værdier, værdibegreber og hvordan og hvilke etiske dilemmaer, hun havde oplevet og erfaret i sit arbejde. Spørgsmålet er metodisk kompleks af flere grunde. For det første sker der en identifikation af det etiske dilemma ud fra sygeplejerskens egen definition. For det andet kan sygeplejersken være optaget af et dilemma, hun netop har oplevet. For det tredje kan der være stor forskel på oplevelserne og dermed identifikationen af det etiske dilemma på stedet. Det er bl.a. ud fra disse metodiske forbehold, at de aktuelle stikprøveinterviews skal præsenteres.

### *Værdigrundlag og værdisæt*

Alle sygehuse og hospitaler i Danmark har en hjemmeside på internettet, hvor man ofte bliver mødt med en mangfoldighed af oplysninger om den pågældende institution. Disse hjemmesider er i forskelligt omfang knyttet til en fælles offentlig sundhedsportal med adressen [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk). Som udgangspunkt undersøgte jeg disse hjemmesider og fandt en lang række værdibegreber, hvilket i reglen var afgrænset i et værdigrundlag eller værdisæt af forskellig art. De fleste sygehuse og hospitaler har endvidere trykt disse værdisæt i pjecer eller andre typer informationsmateriale. Ved telefonisk at kontakte de enkelte sygehuse rekvirerede jeg en fysisk kopi af flere af disse glittede foldere. Uden her at skulle gå i detaljer med indholdet skal det blot understreges, at der faktisk bliver præsenteret en række værdibegreber på landets sundhedsinstitutioner. En vigtig forskel skal her nævnes. Der er forskel på, hvornår værdigrundlaget er rettet udadtil mod patienter pårørende osv., og hvornår værdigrundlaget er rettet mod sundhedspersonalet. En forskel der kan henvise til forskellig brug af værdibegreber og værdigrundlag, som henholdsvis faglig eller kulturel identifikation og egentligt redskab i forbindelse med de etiske dilemmaer. Foruden værdigrundlaget, som det gælder for hele sygehuset, er det muligt via internettet at finde en lang række værdigrundlag, som knytter sig til de enkelte afdelinger. Her har jeg på samme måde indhentet en række værdisæt fra flere afdelinger rundt i landet gennem telefonisk kontakt. Der viser sig en lighed mellem det undersøgte felt og andre dele af sygeplejens praksis derved, at der faktisk eksisterer et formaliseret værdigrundlag på alle undersøgte institutioner lige fra hjemmeplejen til psykiatrien (jf. også Birkler 2006 p. 108-117). Dette betyder ingenlunde, at der arbejdes med disse værdibegreber, endsiige at værdigrundlaget har en funktion i forbindelse med de etiske dilemmaer. Af samme grund besøgte jeg som anført en lang række institutioner (jf. fig. 4.5.) for herigennem at møde sygeplejersker i forskellige specialer og tale om deres eventuelle værdiarbejde herunder værdigrundlagets funktion i praksis. På Hammel Neurocenter var det et planlagt besøg, hvor jeg også selv var aktiv med en præsentation af undersøgelsen. På de resterende institutioner valgte jeg derimod at besøge de forskellige afdelinger eller afsnit uanmeldt, hvorfor

dialogerne ofte blev korte og uformelle, uden at jeg præsenterede undersøgelsen. Ideen om det uanmeldte møde var helt bevidst, idet jeg ikke ønskede, at de enkelte sygeplejersker på forhånd skulle gøre sig tanker om det bedst mulige svar til 'filosoffen'. Dialogerne foregik med en eller flere sygeplejersker ad gangen. Jeg talte med sygeplejersker, projektsygeplejersker og afdelingssygeplejersker. Undersøgelsens teser blev bekræftet på følgende måde. Værdigrundlaget har som vigtigste funktion at bidrage til en faglig og kulturel identitet. Særligt i forbindelse med selve udarbejdelsen af værdigrundlaget kan det endvidere fungere som afstresser eller trivselsbarometer. Som eksempel havde sygeplejersker på geriatrisk afd. på Hvidovre Hospital netop påbegyndt arbejdet med et nyt værdigrundlag ud fra overskriften: 'En god arbejdsdag'. Her henviser begrebet 'god' ikke til et etisk imperativ, men derimod til en kollegial afstemning af det der betragtes som en udholdelig arbejdsdag.

På de enkelte afdelinger er det let at få bekræftet, om der eksisterer et værdigrundlag, men hvordan det anvendes er straks mere vanskeligt at bestemme entydigt. Tesen om at værdigrundlaget ikke anvendes instrumentelt i forbindelse med beslutningstagning kunne som mindstemål bekræftes mundtligt. Følgende udtalelser bekræfter dette: 'Værdierne kommer til udtryk i vores måde at være sammen på', 'Jeg tror værdierne kommer til udtryk helt automatisk', 'Det er ikke noget, vi handler efter sådan direkte'. Som det gjorde sig gældende på onkologisk afd. og hospice forsvares værdigrundlaget, hvilket sker som kulturel referenceramme – 'Sådan er vi her'. På dette ene punkt eksisterer der en lighed mellem fodboldspillerens forhold til fodboldreglerne og sygeplejerskens værdigrundlag. Fodboldspilleren medtænker ikke reglerne under kampen, men lader disse være forudsætningen for selve spillet. Analogt afspejler værdigrundlaget nogle fælles spilleregler, som skal overholdes for at fungere på institutionen. På den ene side skal reglerne overholdes, hvis sygeplejersken skal beholde sit arbejde. På den anden side er det ikke regler, som bevidst anvendes i den konkrete situation. Som i fodboldspillet kan man diskutere reglerne, når de bliver overtrådt, eller når kampen er færdig. På samme måde kan værdigrundlaget blive udfordret i den konkrete situation, hvilket ofte efterlader en nødvendig dialog med kollegerne bagefter.

Som fysisk udtryk kan det formaliserede værdigrundlag være mere eller mindre tydeligt. Flere afdelinger havde værdigrundlaget hængende i ramme på væggen. Eksempelvis erfarede jeg på ortopædkirurgisk afd. (Hvidovre Hospital), hvordan værdigrundlaget hang i vagtstuen i en stor sølvramme (ca. 140\*80cm), hvilket derfor umiddelbart fangede enhver opmærksomhed. Opsummerende kan ovennævnte metodisk begrænsede stikprøver bekræfte undersøgelsens tese om eksistensen og funktionen af værdigrundlag og værdisæt i sygeplejerskens kliniske praksis.

#### *Etiske dilemmaer: Forskelle og ligheder*

Undersøgelserne på onkologisk afd. og hospice afgrænser en række etiske dilemmaer, som de viser sig i sygeplejens etiske praksis. Spørgsmålet er, hvorvidt og i hvilket omfang disse grundkonflikter divergerer i forhold til andre dele af sygeplejens praksisfelt. Ud fra de tidligere præsenterede a priori forskelle var det således ønskeligt ikke blot at foretage en række stikprøveinterviews blandt sygeplejersker inden for andre funktionsområder, men tillige at gøre det ud fra en geografisk spredning (jf. figur 4.5).

Alle identificerede dilemmaer på de undersøgte institutioner kan rubriceres i de tidligere anvendte kategorier (autonomi - paternalisme og loyalitet - solidaritet). Desuden var langt de fleste etiske dilemmaer variationer over de etiske dilemmaer jeg havde identificeret på onkologisk afd. og hospice. Der synes dog at være forskel i mængden af de forskellige typer etiske dilemmaer. På hjerteafdelingen (Hvidovre Hospital), hjerte thorax afsnit T1 (Odense Hospital) og øre-, næse-, halsafsnit 651 (Sydvestjysk Sygehus) var de fleste etiske dilemmaer bundet til spørgsmålet om udskrivning og overflytning af patienterne. Et problemfelt jeg også oplevede på onkologisk afd. På afd. for apopleksi 122 (Hvidovre Hospital) opstod der ofte en række etiske dilemmaer angående patientautonomi, hvilket også var tilfældet på Hammel Neurocenter og onkologisk afd. på Odense Universitetshospital, som jeg tidligere havde besøgt (forberedende studier 2005). Mere konkret er der tale om etiske dilemmaer, hvor patienten træffer en beslutning angående behandling, undersøgelse eller sundhedsadfærd (herunder rygning), som ikke stemmer med sygeplejerskens

faglige vurdering. Denne type etisk dilemma blev ofte identificeret på både onkologisk afd. og hospice. På geriatrisk afd. (Hvidovre Hospital) var de typiske etiske dilemmaer bundet til spørgsmålet om fortsættelse af en given behandling eller medicinering. Denne type dilemma opstod også på hospice, men på onkologisk afd. i særdeleshed. De etiske dilemmaer, der har størst lighed med dilemmaerne på hospice, er børneafdelingen, hvor det fremhæves, at det er mødet med de pårørende (i reglen forældrene), som er udgangspunktet for det etiske dilemma. På børneafdelingen fremhæves konflikten mellem loyaliteten med forældrene og solidariteten med barnet som omdrejningspunktet for langt de fleste etiske dilemmaer. Grundlæggende set var det netop disse etiske dilemmaer, der også var dominerende på hospice, hvor de pårørendes ønsker, tanker osv. langt fra altid stemte overens med sygeplejerskens tanker om det bedste for patienten. En anden lighed mellem børneafdelingen og hospice er dilemmaet bundet til gavegivning. Hvornår og i hvilket omfang bør sygeplejersken tage imod gaver fra de pårørende. Både på børneafdelingen og hospice kommer de pårørende ofte med gaver, hvilket imidlertid kan prissætte sygeplejerskens opgaver, hvor gaveudvekslingens logik udløser spørgsmål om gæld og skyld (Mauss 2001). På områdecentret Skovbo var langt de fleste etiske dilemmaer identificeret som en konflikt mellem solidaritet og loyalitet. Mere konkret oplever sygeplejersker ofte et dilemma i mødet med de pårørende, som i få tilfælde forsvarer værdier, der enten strider mod patientens ønsker eller sygeplejerskens faglighed. Der er her tale om en type etisk dilemma, som i forskelligt omfang kommer til udtryk på alle besøgte institutioner. En anden variant af solidaritet vs. loyalitet konflikten blev ofte oplevet på Skovbocentret, som muligvis divergerer med andre institutioner. Det drejer sig konkret om visitationssamtaler, hvor sygeplejersker oplever at befinde sig i et etisk dilemma mellem patientens behov (solidaritet) på den ene side og de politisk/økonomiske rammer på den anden side (loyalitet). Samme type dilemma blev beskrevet af sygeplejersker på hospice, men var ikke så udtalt.

På Psykiatricenter Vest blev mine aprioriske betragtninger bekræftet angående etiske dilemmaer bundet til tvang, hvilket kan ses som en variant af autonomi/paternalisme konflikten. En anden variant af denne konflikttype var



forbundet med ernæring. Visse former for psykofarmaka skaber en voldsom appetit, hvilket skaber vægtproblemer blandt nogle patienter. En type dilemma som også er beskrevet på hospice i forskellige variationer. I udgangspunktet er der tale om et lægeligt skøn, men sygeplejersken kan føle sig delagtiggjort i konsekvensen af lægens ordination, så tvivlen skaber et etisk dilemma. Endvidere bliver tavshedspligten ganske ofte udfordret på det besøgte psykiatricenter. Sygeplejersker oplever eksempelvis pårørende, som ringer og ønsker oplysninger om den indlagte, hvilket hun formelt er forpligtet til ikke at formidle. Her opstår det umiddelbare paradoks, at pårørende i stadig større omfang inddrages som en styrke i patientens helbredelsesproces. Denne inddragelse kan imidlertid hvile på et spinkelt grundlag, hvis de pårørende ikke evner opgaven eller direkte handler mod sundhedspersonalets anvisninger, hvor det overdragede ansvar kan blive til skade for patienten.

Med de tidligere berørte metodiske forbehold in mente kan det konkluderes, at der er signifikante ligheder mellem de etiske dilemmaer, som sygeplejersker identificerer på onkologisk afd. og hospice i Vejle sammenlignet med etiske dilemmaer på andre institutioner, hvor sygeplejersken har sit virke. Det har ikke været muligt, at identificere en grundlæggende forskel, som svækker undersøgelsens udsagnstyrke ud fra netop dette punkt.

#### *Signifikante forhold inden for det undersøgte felt*

I forbindelse med feltstudierne på onkologisk afd. var jeg bevidst om, at formanden for Etisk Råd i Danmark i 2006, overlæge Ole Hartling, var ansat på Vejle sygehus. Allerede under studierne var det min tanke, at netop dette forhold kunne få betydning for de data, som jeg genererede på onkologisk afd. sammesteds. Hypotesen var således, at Ole Hartling direkte gennem foredrag, temadage, kurser eller mere indirekte gennem hans blotte ansættelse på sygehuset vil kunne påvirke sygeplejerskers refleksioner og handlinger i den kliniske praksis. Under feltstudierne aftalte jeg således et møde med ledende overlæge Ole Hartling på hans kontor på Nuklearmedicinsk Afdeling d. 31. oktober 2006. Mødet var særdeles inspirerende, men Hartlings rolle som formand for Etisk Råd og særligt hans arbejde på sygehuset synes efter mine erfaringer ikke at

påvirke sygeplejersker på Vejle sygehus anderledes set i forhold til sygeplejersker i resten af landet. Under feltstudierne på onkologisk afd. blev det endvidere klart, at der ikke blev henvist til hans tanker eller holdninger til de etiske spørgsmål. Den konkrete formelle kontakt mellem Ole Hartling og sygeplejersker på Vejle sygehus var samtidig sparsom. Direkte adspurgt var der kun få sygeplejersker på onkologisk afd., der havde set eller hørt ham i tilknytning til deres arbejde på sygehuset.

På onkologisk afd. var der imidlertid en anden person, som i få tilfælde blev omtalt, når talen faldt på etik. Mere præcist drejer det sig om sygehuspræst Preben Kok. Efter feltstudierne valgte jeg derfor at aftale et møde med Preben Kok på hans kontor på Vejle Sygehus. Samtalen fandt sted d. 26. november 2007. En samtale der blev optaget digitalt og senere transskriberet. Jeg spurgte om hans kontakt med sygeplejerskerne på onkologisk afd. og ikke mindst de budskaber, han anså for vigtige i den forbindelse. Preben Kok fremførte, at hans primære kontakt var kontakten til patienterne i forbindelse med deres oplevelse af magtesløshed og håbløshed, men mødte ofte sygeplejersker fra onkologisk afd. i forbindelse med planlagte supervisionsmøder. Her spørger Preben Kok bl.a., hvad den enkelte sygeplejerske siger til Gud, når hun møder magtesløsheden. Han udtrykte sig videre:

'Her er det mig, der retter bønnerne til, og det er det en præst kan tillade sig... sygeplejerskerne på onkologisk afd. er vant til, at når de møder magtesløsheden, er der én at henvise til. Når de kommer til magtesløsheden, er det mig der får henvisningen'

Og fortsatte:

'I situationen vil jeg spørge: Hvad tænkte du, da du stod i situationen? Her vil hun sikkert svare noget lignende – jeg aner ikke, hvad jeg skal gøre – så vil jeg svare – det kan jeg sandelig godt forstå. De skal indse magtesløsheden. Det er en fortrængning ikke at se den'

Det skal understreges, at Preben Kok principielt undlader at anvende ordet 'etik' endsige 'etisk dilemma'. Han anvender i stedet begrebet 'eksistentiel situation' eller 'livsdilemma'. Etik er iflg. Preben Kok systematiseret med menneskelighed. Med andre

ord mener han, at etik begynder, når vi holder op med at virke i små landsbyer og derfor finder behov for at formalisere og systematisere god opførsel. Preben kok tilføjer:

'Jeg plejer at sige, når sygeplejersker spørger til etiske dilemmaer – hvilket etisk forhold har du til dine børn? Så påstår de, at de ikke har noget etisk forhold til dem – så siger jeg: Hvorfor er det så interessant i forhold til patienten?'

Preben Kok vendte flere gange tilbage til begrebet magtesløshed, som noget helt centralt. Ifølge Preben Kok er sygeplejerskens magtesløshed ikke noget, han forsøger at fravriste dem – tværtimod vil han holde dem fast i denne magtesløshed. Han udtrykker sig på følgende måde: 'I din magtesløshed udfolder Guds kraft sig helt'. Som en direkte forbindelse til onkologisk afd. siger Preben Kok:

'Hvis du spørger om, hvilken betydning jeg har på onkologisk afd., så har jeg den betydning, at når de (sygeplejerskerne) kommer dertil, hvor de ikke aner, hvad de skal stille op, fordi det er for umuligt, så har de et kort, som de ikke har på så forfærdelig mange andre sygehuse, så kan de henvise til mig'

Opsummerende betragter jeg Preben Koks tanker om etik som en eksistentiel orienteret nærhedsetik funderet på et teologisk grundlag. Hvad der er vigtigt her er imidlertid at understrege, at Preben Koks virke på Vejle sygehus unægtelig yder indflydelse på flere af de sygeplejersker, jeg har fulgt på onkologisk afd. I hvilket omfang, det influerer på undersøgelsens resultater fra onkologisk afd., er dog svært at afgrænse. Her skal der imidlertid fremhæves et helt afgørende forhold. Preben Koks arbejde på Vejle Sygehus er signifikant forskelligt fra præstens arbejde på Sct. Maria Hospice Center. Preben Kok udtrykker selv denne forskel: 'Jeg er ikke en del af hospice – de har valgt en anden vej'. Her vil jeg ikke fremføre argumenter endsige foretage teologiske digressioner til fremførelse af mulige forskelle og ligheder, men blot understrege, at den blotte forskel kan siges at styrke undersøgelsen, idet der på hospice findes en anden indflydelse fra præstens side samtidig med, at der blandt undersøgelsens resultater ikke findes grundlæggende forskelle.

### **Fra empirisk analyse til tematiske fokuspunkter**

Ud fra ovenstående nuancering af forholdet mellem undersøgelsens evidensstyrke og udsagnstyrke skal der nu fokuseres på den fortsatte behandling af undersøgelsens resultater. Her skelner jeg mellem projektets empiriske og analytiske del (del III) på den ene side og projektets syntesedel (del V) på den anden side.

Projektets empiriske del fremstiller, analyserer og konkluderer på et empirisk niveau ud fra det empiriske studium, som det er gennemført med udgangspunkt i undersøgelsen på onkologisk afd. og Sct. Maria Hospice Center. Denne del har i udgangspunktet både høj evidensstyrke og udsagnstyrke, når der konkluderes inden for det undersøgte lokale felt. Derimod har undersøgelsen en lavere udsagnstyrke, når der umiddelbart og uden blik for andet slutes til sygeplejerskers samlede aktivitetsfelt. Ovenstående behandling af forholdet mellem evidensstyrke og udsagnstyrke (herunder stikprøveinterviews) begrunder og legitimerer imidlertid en bevægelse fra det empiriske i retning mod en mere generel filosofisk syntese, der rækker udover det undersøgte felt. Med begrebet 'filosofisk' tænkes på en mere abstrakt og generel analytisk behandling af undersøgelsens resultater. Begrebet syntese dækker over en mulig samling af undersøgelsens mange resultater i en tematisk sammenhæng.

Eftersom der med en mere generel filosofisk syntesedel som udgangspunkt vil være tale om lav evidensstyrke og lav udsagnstyrke, kræves en nærmere præcisering af, hvilke empiriske resultater, der efter en kritisk analytisk såvel som empirisk behandling, kan være gældende for en større gruppe af sygeplejersker i et større aktivitetsområde. Som det fremgår af figur 4.6., kan de resultater, der angår sygeplejerskens identifikation af det etiske dilemma, række udover undersøgelsen, hvilket også gælder for typen af dilemmaer og afgrænsning af samme. Desuden vil de resultater, der angår sygeplejerskers arbejde med værdibegreber og værdigrundlag, også afspejle en typiskhed i store dele af sygeplejerskens aktivitetsområde. Når det gælder sygeplejerskers etiske refleksioner og handlinger mere bredt, er der tale om en differentiering inden for sygeplejens aktivitetsområde, hvor undersøgelsens resultater

kan bære en høj udsagnstyrke i den somatiske del af sygeplejen og en tilsvarende lavere udsagnstyrke inden for primær sundhedstjeneste og psykiatrien.

Høj udsagnstyrke	Lav udsagnstyrke
Værdibegreber og værdigrundlag	Mandlige sygeplejerskers etiske refleksioner og handlinger
Afgrænsning og typebestemmelse af det etiske dilemma	Etisk refleksion og handling betinget af aldersmæssige forhold
Sygeplejerskers opfattelse og sprogliggørelse af det etiske felt	Etiske refleksioner og handlinger i primær sundhedstjeneste og psykiatrien
Sygeplejerskers etiske refleksioner og handlinger inden for det somatiske felt	

Figur 4.6: Graduering af undersøgelsens udsagnstyrke i hele sygeplejens aktivitetsområde

Til trods for at undersøgelsen ikke kan bære en høj udsagnstyrke i hele sygeplejens aktivitetsområde, vil undersøgelsen kunne pege på en række generelle fokuspunkter og indsatsområder, der kan bære frugt i hele sygeplejens praksis. Med andre ord skabes en bevægelse fra det empiriske mod det generelle sygeplejeetiske felt, hvor der i mindre grad er tale om beskrivelser og i højere grad fokuspunkter. Fokuspunkter som på baggrund af undersøgelsen vil være frugtbare at forfølge med det mål at udvikle og forstå sygeplejerskers etiske praksis. Med fokuspunkter skal forstås en række punktnedslag i sygeplejerskers etiske praksis, hvor justeringer og nye tiltag vil være frugtbare, men også nødvendige i mødet mellem sygeplejerske og patient. Fokuspunkter som på den ene side er funderet i undersøgelsen, men som på den anden side rækker udover det undersøgte felt til hele sygeplejens aktivitetsområde. Med afhandlingens mere filosofiske syntesedel er der på den måde ikke tale om en eksakt beskrivelse af sygeplejens etiske praksis, hvilket undersøgelsen ikke kan bære. Når jeg således anvender ordet 'sygeplejersken' i alment ental, peges på en række nødvendige fokuspunkter til udvikling af sygeplejens etiske praksis. Disse fokuspunkter er imidlertid betinget af og hviler på undersøgelsen, som den metodisk er udfoldet.