

kelbunt också visar sig vara funktionellt egenartad.

Musculus sphenomandibularis (eller den motsvarande delen av musculus temporalis) är fäst vid fascies maxillaris av os sphenoidalis i direkt relation till den bakre kanten av fissura orbitalis inferior, vilket utgör skäl för spekulationer om att kronisk hyperaktivitet av denna muskel kan vara en orsak till migränliknande retroorbital smärta [1, 7, 11]. Man har även funderat på att spasm i denna muskel kan vara orsak till »cluster»-huvudvärk på grund av kompression av nervus maxillaris [7]. En ny tuggmuskel skulle dessutom vara av betydelse för bettfysiologin.

Anatomisk forskning

De hypoteser som nämns ovan, vilka sätter förmodade nya anatomiska fynd i korrelation till olika smärttillstånd, även om de är tvivelaktiga, påminner oss om att anatomin fortfarande kan vara en viktig grund till ny medicinsk kunskap. Anatomi är dock ett gammalt kunskapsområde där man inte skall förvänta sig några sensationella upptäckter, och det är minst sagt oförsiktigt att göra anspråk på sådana. Nya behandlingsmetoder och nya medicinska bilderingstekniker ställer krav på mer specifik anatomisk information. Den moderna anatomiska forskningens primära uppdrag är att bidra med sådan information.

Referenser

1. Thompson VP. Anatomical research lives! *Nature Med* 1995; 1: 297-8.
2. Hack GD, Koritzer RT, Robinson WL, Hallgren RC, Greenman PE. Anatomic relation between the rectus capitis posterior minor muscle and the dura mater. *Spine* 1995; 20: 2484-6.
3. Haldeman S. Point of view. *Spine* 1995; 20: 2486.
4. Von Lüdinghausen M. Die Bänder und das Fettgewebe des Epiduralraumes. *Anat Anz* 1967; 121: 294-312.
5. Von Lanz T. Über die Rückenmarkshäute. I Die konstruktive Form der harten Haut des menschlichen Rückenmarkes und ihrer Bänder. *Wilhelm Roux' Arch Entwickl-Mech Org* 1929; 118: 252-307.
6. Rossitti S. Biomechanics of the pons-cord tract and its enveloping structures: an overview. *Acta Neurochir (Wien)* 1993; 124: 144-52.
7. Dunn GF, Hack GD, Robinson WL, Koritzer RT. Anatomical observation of a craniomandibular muscle originating from the skull base: the sphenomandibularis. *Cranio* 1996; 14: 97-105.
8. Sharawy M. A previously unreported craniomandibular muscle: the sphenomandibularis. *Cranio* 1996; 14: 104.
9. Tillman LJ. A previously unreported craniomandibular muscle: the sphenomandibularis. *Cranio* 1996; 14: 105.
10. Groscurth P. New muscle – old story? *Nature Med* 1996; 2: 1162-3.
11. Steele FR. Body of evidence supports new anatomical finding. *Nature Med* 1996; 2: 506.

UNDERVISNING I MEDICINSK ETIK

Bör ligga nära den kliniska vardagen

För att läkaren skall kunna handla på ett sätt som är till gagn för patienten krävs inte endast biomedicinska kunskaper och ett därmed förknippat handlande utan även reflektion kring vilka konsekvenser det biomedicinska handlandet får på det mänskliga planet för patienten. Detta är inget man kan lära sig enbart genom att överta äldre kollegers synsätt, eller genom att handla utifrån sin egen känsla eller intuition. Det krävs i stället systematisk reflektion med utgångspunkt i en teori, och sådan reflektion bör man börja träna redan under läkarutbildningen. I artikeln presenteras hur denna utbildning i medicinsk etik bedrivs vid läkarutbildningen i Malmö.

Under senare år har medicinskt etiska frågor uppmärksammats allt mer. Detta visas inte minst genom att ett stort antal artiklar som behandlat medicinskt etiska frågor publicerats i internationella och nationella medicinska och medicinetiska tidskrifter [1-4]. Skälet till detta är dels att den medicinska utvecklingen genererat många nya frågor, dels att äldre problem fått förnyad aktualitet.

Därför har också undervisningen i medicinsk etik vid läkarutbildningen satts i fokus.

Den gamla »observatörsmodellen», dvs att studera äldre kolleger och ha dem som föredöme, är inte giltig; erfarenhet medför inte med automatik etisk medvetenhet. Moralisk intuition är inte heller tillräcklig. Inte heller kan moraliska avgöranden fattas enbart med utgångspunkt i individens känslor. En känsla kan exempelvis vara neurotiskt betingad, och får därför inte styra läkarens handlingar.

Om intuition eller känslor skulle vara utgångspunkt för moraliska ställningstaganden skulle vi antagligen få en vild flora av uppfattningar som då alla vore lika respektabla; var och en har

lika rätt utifrån sina respektive intuitioner eller känslor.

Vad betyder etik och moral?

Det krävs något utöver en basal intuition-känsla för att läkaren skall kunna handla på ett sätt som i någon mening är till gagn för patienten på det mänskliga planet. Vad som krävs är etisk reflektion. Var och en är expert på sin egen moral, men det innebär inte att var och en alltid handlar moraliskt rätt gentemot andra människor; för att närma sig det målet krävs det eftertanke och reflektion och som grund för detta kunskap om fakta och kunskap om människan samt en etisk teori att utgå ifrån. Etik kommer från det grekiska ordet »ethos», moral från det latinska ordet »mores». Båda orden har likartad ursprungsbetydelse: vana, sedvänja, bruk, sed. Idag, däremot, är det vanligt att uppfatta de båda ordens innebörder som skilda åt [5].

Att definiera moral är inte så lätt. Moralfilosofen Harald Ofstad gör det på följande sätt: »Moral är att ta det allvarliga på allvar» [6]. Ett moralproblem är följaktligen något som kräver engagemang av oss. Vad som sedan är »det allvarliga» är något varje människa

Författare

JAN ARLEBRINK
lärare i medicinsk etik, medicinska fakulteten samt teologiska institutionen, sjukhuspräst, Universitets-sjukhuset MAS Malmö.

KNUT ASPEGREN
docent i kirurgi, universitetslektor, enheten för medicinsk pedagogik, medicinska fakulteten

LARS-OLOF ALMÉR
överläkare, Universitetssjukhuset MAS Malmö, universitetslektor, institutionen för medicin, kirurgi och ortopedi

GUN TORSTENSSON NIMBY
specialistläkare, Universitetssjukhuset MAS, studieledare i medicinsk psykologi, avdelningen för psykiatri; samtliga vid Lunds universitet.

måste fundera över, och den uppgift moralen har är att vägleda handlandet. Engagemang i något allvarligt kräver reflektion och eftertanke, och när vi reflekterar över »det allvarliga» ägnar vi oss åt etik. Etik kan då, i analogi med föregående definition, uttryckas på följande sätt: »Systematisk reflektion över de företeelser man tar på allvar». Detta innebär att moralens diskurs hamnar inom den enskilde och dennes föreställningar, tankar och tyckanden, medan etikens diskurs är den systematiska reflektionen över moralen. Etik är med andra ord moralens teori.

Etikundervisningens syfte och mål

Med utgångspunkt i dessa bestämmelser kan undervisningen i etik på läkarutbildningen då sägas ha två syften: att träna sig i dels att uppmärksamma vilka förhållanden – inom klinisk verksamhet men även principiellt – som tillhör »det allvarliga» kontext, dels att reflektera över hur man skall förhålla sig till och handla i relation till »det som är allvarligt».

Målet med etikundervisningen är att studenten skall lära sig att identifiera de moraliska aspekterna i en given klinisk situation, samt att ha ett verktyg för att kunna göra en etisk bearbetning av dessa aspekter.

Etikundervisningen vid Universitetssjukhuset MAS

År 1983 fastställde linjenämnden för läkarlinjen vid Lunds universitet en studieplan i etik som gällde för det prekliniska stadiet. Någon studieplan för det kliniska stadiet formulerades däremot inte, utan det ansågs vara varje institutions ansvar att själv formulera det egna behovet av formaliserad undervisning i ämnet. Etikämnet ingick då som en del i undervisningen i medicinsk psykologi.

Så småningom förändrades också ämnesbeteckningen till »medicinsk psykologi med etik». Efter hand introducerades dock undervisningen även i de kliniska kurserna.

År 1992 samlades företrädare för de större kliniska institutionerna samt undervisningsansvariga i syfte att formulera och genomföra en genomtänkt plan för undervisningen från termin 6 till och med termin 11. Detta resulterade i att undervisningen utvecklades, dels genom att den samordnades mellan de olika institutionerna, dels genom att antalet timmar ökade för studenterna. Ett viktigt mål var att anknyta undervisningen till de kurser studenterna vid undervisningstillfället gick, samt att aktivera studenterna att bidra med eget material till seminarierna.

Etikundervisningen vid Universi-

tetssjukhuset MAS sker i seminarieform, utom vid den inledande föreläsningen då hela kursen är samlad. Vid övriga tillfällen är kursen i allmänhet delad, vilket innebär 15–20 studenter under T6–T8 och 10–15 studenter under T9–T11. Undervisningen är uppbyggd som en »strimma» genom hela utbildningen och leds av samma lärare under terminerna 6–11. Motivet för detta är att undervisningens uppläggning skall visa studenten att de frågor som behandlas inte är något som kan avhandlas vid ett tillfälle för att sedan glömmas bort, utan i stället är något som bör hållas levande genom hela utbildningen för att sedan bli en naturlig del av den kliniska vardagen.

Poängen med att samma lärare har ansvaret under hela den kliniska utbildningen är att endast en kan ha överblick över vad som avhandlas och sägs på de olika seminarierna; därigenom kan vederbörande knyta an till vad som diskuteras tidigare.

Undervisningen ser nu ut på följande sätt (studenterna läser tillsammans i Lund under T1–T4, varefter hälften flyttar till Universitetssjukhuset MAS i Malmö):

T1 (Lund): Introduktion till etiska problemställningar inom sjukvården (föreläsning och gruppövningar).

T6: Introduktion till etik (föreläsning). Om sanning och lögn inom sjukvården. Problem kring döden och döendet.

T8: Diskussion kring fallbeskrivningar avseende aktuella patienter beträffande dialys (under kursen i nefrologi). Diskussion kring fallbeskrivningar rörande LVM, Lag om vård av missbrukare i vissa fall (under kursen i beroendelära).

T8: Behandling av den svårt sjuke och döende patienten. Palliativ vård, (under kursen i kirurgi).

T9: Diskussion kring patientfall beträffande LPT, Lag om psykiatrisk tvångsvård (under kursen i psykiatri).

T10: Diskussion kring fallbeskrivningar beträffande behandling av cancerpatienter (under kursen i onkologi).

T11: Samtal med patient och/eller förälder kring ett allvarligt sjukt barn alternativt diskussion baserad på journal (under kursen i pediatrik). Etik samt psykologiska reaktioner vid abort och perinatal fosterdöd (under kursen i obstetrik och gynekologi).

Detta innebär för varje kandidat 20 timmars etikundervisning under T6–T11, varav två timmar föreläsning och 18 timmar seminarier. En viktig princip är att innehållet i undervisningen alltid knyts till det kliniska ämne

man för tillfället studerar, »learning in context».

Studenternas reaktioner

Etikundervisningen skiljer sig från annan undervisning på läkarlinjen i den betydelsen att inga nya biomedicinska fakta presenteras. I stället diskuteras mot en bakgrund av givna fakta, ofta i form av en fallbeskrivning, hur läkaren bör förhålla sig till patienten på det mänskliga planet. Inga entydiga lösningar presenteras, utan var och en får komma med sin bedömning och försöka ge sina skäl för varför ett visst perspektiv föredras. Detta sätt att undervisa kräver att studenten är aktiv på mer än det intellektuella planet; det kräver ett engagemang från hela människan.

De utvärderingar som gjorts, dels utifrån varje enskild kurs, dels utifrån en utvärdering av termin 6–8 [7], liksom de som görs med avseende på hela utbildningen [8], visar att etikundervisningen fyller en mycket viktig funktion under läkarutbildningen.

En vanlig reaktion är att undervisningen bör utökas, eftersom de frågor som diskuteras är av sådan vikt att den tid som oftast står till förfogande är för kort. Vid utvärderingen T6–T8 [7] svarade 87 procent av studenterna att etikseminarierna hade gjort dem mer medvetna om de etiska aspekterna av sjukvårdsarbetet; 85 procent menade att undervisningen i stor utsträckning hade hjälpt till att lyfta fram de mänskliga aspekterna av patienternas och de anhörigas situation.

Sammanfattningsvis har de utvärderingar som gjorts varit mycket positiva till att etikundervisning ingår i läkarutbildningen, att den sker i form av en strimma och att den är relaterad till den kliniska verkligheten.

Undervisningen bör vara förankrad i klinisk verklighet

Undervisningen i medicinsk etik kan utgå ifrån olika förutsättningar: å ena sidan att studenterna tränas i moralfilosofisk analys eller, å andra sidan, att de tränas i att uppmärksamma och med hjälp av en etisk begreppsapparat analysera problem som kommer att möta dem i deras vardag som läkare. Den förra modellen hör hemma på en filosofisk institution. Undervisningen i medicinsk etik för blivande läkare bör i stället vara förankrad i och knyts an till den kliniska verkligheten. Det innebär att den som undervisar måste kunna »tala samma språk» som studenterna och vara väl förtrogen med den värld som är sjukvårdens – både teoretiskt och praktiskt.

Ämnesanknytning

I Malmö utgick man i etikundervisningen ifrån kursen i medicinsk psyko-

logi. Denna anknytning finns fortfarande kvar, och bör också göra det. Ett viktigt moment i den kliniska medicinska etiken är att använda sig själv som »moraliskt sensorium», vilket innebär att studenten/läkaren använder sig själv som instrument för att identifiera moraliska aspekter i en klinisk situation. Att göra det kräver mer av den enskilde än att bedriva övningar enbart utifrån intellektet i syfte att lösa medicinskt etiska problem som man inte själv är involverad i. Det kräver därför en viss självkännedom om hur man reagerar i olika situationer i den kliniska vardagen.

Anknytningen till medicinsk psykologi, som arbetar med människans normala psykologiska reaktioner inför sjukdom och lidande, men som också engagerar sig i den enskilde studentens och läkarens egna reaktioner inför sina möten med patienter, är därför viktig.

Likarlad undervisning i Oxford

Vid University of Oxford Medical School startade ett projekt 1990 benämnt The Oxford Practice Skills Project [9]. Detta blev 1995 permanent och resulterade i en tjänst som »senior lecturer in practice skills». Vid ett studiebesök där konstaterades att uppläggningsen av undervisningen i Oxford knappast skiljer sig från den som bedrivs vid läkarutbildningen i Malmö.

I Oxford innefattar ämnet »practice skills» etik, gällande lagar och kommunikation. Här är alltså den medicinska etiken på samma sätt som i Malmö sammankopplad med delar av undervisningen i medicinsk psykologi och socialmedicin. Undervisningen i Oxford bedrivs huvudsakligen i form av seminarier och inriktas på sådana problem som studenten möter på den klinik vid vilken han vid tillfället tjänstgör. Dess kliniska förankring uttrycks på följande sätt:

The treatment of each topic is related to everyday clinical procedures, such as obtaining consent to an operation, rather than philosophically interesting, but clinically esoteric, ethical »dilemmas» [10].

Även här bedrivs undervisningen som en »strimma» under den kliniska utbildningens tre år.

Att utvecklas till en god kliniker

Undervisning i medicinsk etik under läkarutbildningen är av stor vikt för läkarens utveckling till en god kliniker. Med »god kliniker» menas då att besitta en kombination av biomedicinska kunskaper och ett empatiskt förhållningssätt som utgår ifrån behandlingen av patienten som ett subjekt. Det senare kan utvecklas hos den enskilde läkaren om den naturvetenskapliga kunskapen kombineras med träning i att identifiera

de mänskliga aspekterna i varje klinisk situation. Om inte detta sker, finns en risk för att den förmåga till empatisk analys och empatiskt handlande som de flesta besitter minskar allteftersom läkarutbildningen fortskrider, för att sedan i den kliniska vardagen mer eller mindre lysa med sin frånvaro [11,12].

Att etikundervisning skall förekomma under läkarutbildningen bör vara en självklarhet – på samtliga kliniska kurser. Dess ämnesförankring bör vara nära den medicinska psykologin, och den bör ligga i den kliniska vardagen, vilket innebär att benämningen på undervisningsämnet därför lämpligen kan vara »klinisk medicinsk etik».

Referenser

1. Arlebrink J. Undervisning i medicinsk etik – erfarenheter från läkarlinjen i Lund. Läkartidningen 1987; 84: 2097-8.
2. Glick SM. The teaching of medical ethics to medical students. J Med Ethics 1994; 20: 239-43.
3. Hébert PC, Meslin EM, Dunn EV. Measuring the ethical sensitivity of medical students: a study at the University of Toronto. J Med Ethics 1992; 18: 142-7.
4. Pellegrino ED, Siegler M, Singer P A. Teaching medical ethics. J Clin Ethics 1990; 1: 175-7.
5. Arlebrink J. Grundläggande vårdetik – teori och praktik. Lund: Studentlitteratur, 1996.
6. Ofstad H. Ansvar och handling. Stockholm: Prisma, 1982.
7. Kursvärdering. Medicinsk etik 6-8. Institutionen för kirurgi, Universitetssjukhuset MAS, 1994.
8. Enkät om läkarutbildningen till nyutexaminerade 1994/95. Resultatsammanställning. Enheten för medicinsk pedagogik, medicinska fakulteten, Lunds universitet.
9. Hope T, Fulford KWM. The Oxford practice skills project: teaching ethics, law and communication skills to medical students. J Med Ethics 1994; 20: 229-34.
10. Hope T, Fulford KWM, Yates A. The Oxford practice skills course. Manual. University of Oxford Medical School, John Radcliffe Hospital, Oxford 1995.
11. Holm U. Empati. Stockholm: Natur och Kultur, 1987.
12. Holm U. Det räcker inte att vara snäll. Stockholm: Natur och Kultur, 1995.

SMITTNITT

HIV-epidemi i Kaliningrad

Den ryska staden Kaliningrad har drabbats av en HIV-epidemi. Sedan förra sommaren, då epidemin startade, beräknas minst 2 000-3 000 personer ha smittats. Virusets spridning har lokalt tillverkad narkotika, opiater för intravenöst bruk, som traditionellt används i området. Missbruket tycks vara spritt långt ner i åldrarna och påfallande många unga, tonåringar och yngre vuxna, har drabbats av HIV. Även om spridning bland narkotikamissbrukare nu tycks ha minskat så befarar myndigheterna en andra spridningsvåg via sexuell smitta.

Kolera i Tanzania

Sedan slutet av januari 1997 pågår ett kolerautbrott i Tanzania. De första fallen rapporterades från Dar es Salaam och sjukdomen har sedan spritts till flera regioner i landet inklusive Zanzibar. Per den 30 april hade 3 000 fall och 100 dödsfall bekräftats av myndigheterna men detta är säkert en underskattning av situationen eftersom enbart fall som sjukhusvårdas rapporteras. Vibrio cholerae El Tor Ogawa har bekräftats som infektionsagens.

HIV-smitta med blodtransfusion

Den engelska smittskyddsmyndigheten meddelar att en person smittats med HIV via blodtransfusion. Man lyckades spåra blodgivaren som befunns vara HIV-positiv nu men negativ vid tidpunkten för blodgivningen (nedfryst blod fanns lagrat). Däremot hittades HIV RNA i en fryst enhet. Man antar därför att blodgivaren smittats med HIV strax innan blodgivningen och alltså lämnat blod i den sk fönsterperioden mellan smitta och uppkomsten av HIV-antikroppar. Detta är andra gången sedan HIV-testning introducerades som något liknande inträffat i Storbritannien; förra gången var i Skottland 1986. Risken för smitta via blodtransfusion bedöms dock som mycket liten och kan minimeras ytterligare med strikta kriterier för urval av givare.

Epidemiologiska avdelningen,
Smittskyddsinstitutet