

Etik är inte samma sak som empati! I en artikel i *Journal of Medical Ethics* beskriver psykiatern J Hughes [1] att när en 15-årig flicka söker honom för att få abort och säger att hon inte vill att hennes föräldrar skall informeras, så gör han när han skall besluta om vad som är etiskt riktigt inte en kalkyl om vad som maximerar lycka eller analyserar enligt de fyra principerna (autonomi, inte skada ...). Han säger »what it actually feels like is that I just act. This is simply what I do.» Han anknyter här till ett Wittgensteinyttrande som i detta sammanhang kan lämnas utanför, men psykiaterns tankesätt känner rimligen kliniker igen.

Det är dock inte sagt att den som uppfattar budskap från en människa i en nära situation alltid också handlar etiskt rätt. Seyla Benhabib [2] påpekar: »Ändå kan just mycket empatiska individer också vara de som saknar 'utvidgad mentalitet', för deras empatiska natur kan göra det svårt för dem att dra gränser mellan sig själva och andra så att den konkreta andras ståndpunkt kan framträda.»

Läkaretik är inte samma sak som politik

Flera läkare har i *Läkartidningen* under senaste året diskuterat etik i patient-läkarförhållandet [3-8], och det har kommit fram att läkare fortfarande ser att det finns behov av (mer eller mindre) modifierade Hippokratesregler: en läkaretik att ha som grund i arbetet med sjuka människor i beroendeställning. På samma sätt som filosofer idag kan använda tankar från Platon och Aristoteles, trots att rimligen ej dagens filosofer kan anse att behandlingen av kvinnor och slavar i Grekland på Platons tid är något att försöka bevara, så kan ju Hippokrates regler ses som grundregler som naturligtvis har sin historiska färgning.

Professor Göran Hermerén vid enheten för medicinsk etik vid Lunds universitet har fört fram att inte minst den medicintekniska utvecklingen i kombination med demografiska, sociala och kulturella förändringar talar för att reglerna skall ändras [9].

Vad jag förstår måste den medicintekniska utvecklingen och demografiska förändringar bedömas politiskt för att visa om det t ex finns skäl till ändrad fördelning av skattemedel. Vad en läkare uppfattar vara ett anständigt uppförande mot en sjuk medmänniska är en

annan sak och kan inte påverkas av hur många 90-åringar det finns.

Filosofernas väg in till läkarexpeditionerna

Under senare år har jag ibland träffat på artiklar skrivna av filosofer, som hårt kritiserar medicinska skrivelser för att innehålla begreppsanalytiska fel. Filosofiprofessor Lars Bergström raljerar över att Statens medicinsk-etiska råd bekänner sig till den humanistiska människosynen och hur rådet kommit fram till detta [10], och filosofiprofessor Mats Furberg ondgör sig på 10 sidor över olika brister i preciseringar i Societalstyrelsens dödsbegrepp [11] och undrar om överhuvudtaget en skarp gräns mellan liv och död måste finnas. »Är inte en dödsdefinitions huvuduppgift besvärjelsens?» frågar han. Det kan förstås enligt mitt förmenande vara bra att ha ett entydigt dödsbegrepp i samband med transplantationer. Kanske skall man ta sådana filosofartiklar som interna grupptillhörighetsdemonstrationer, inte menade att ses av läkare?

Men filosofer sysslar ju nu inte enbart med begreppsanalys. Filosofen Stephen Toulmin skildrar i en artikel, med det talande namnet *How Medicine saved the Life of Ethics* [12], hur filosofiflämnets utveckling vid 1900-talets mitt hamnat i ett dödläge med olösbara teoretiska frågor, t ex om etiska utsagor kan vara sanna eller falska. Här säger Toulmin att den medicinska etiken kom in runt 1960: filosoferna kunde börja tala om »behov» och »intressen» istället för svårbestämbara begrepp som »önsknings» och »attityder», man fick förankring i konkreta fall och också åter en förbindelse till klassiska tankegångar från de gamla grekernas dagar.

Pliktfilosofins och utilitarismens fäder verkade för ett par hundra år sedan men har tagit steg in som samtalsledare för läkare i praktiska etiska frågor i vården först på 1900-talets slut. Läkare som nu skolas i etik lär sig resonera runt ett etiskt problem i konkreta patientärenden efter principer och teorier [13].

På grundnivå i praktisk filosofi idag (men inte när jag läste praktisk filosofi i min ungdom) resonerar man över om två människor skall skada två oskyldiga människor var eller välja att den ena skadar en och den andra tre [14]. Abortfrågan presenteras som ett problem där en kvinna en morgon vaknar och finner sitt blodomlopp ihopkopplat med en berömd medvetlös violinist, frågan sägs vara: skall kvinnan behöva ligga nio

månader ihopkopplad med violinisten, som sedan skall kunna klara sig själv – problemet är då färdiglost! [15].

Ingen som arbetar praktiskt i vården kan undgå att se skillnad mellan att ge en dödande kaliumspruta och att låta bli att sätta in dropp på en gammal människa i livets slutskede. Många kliniker har svårt att förstå att vissa resonemang om likheter mellan passiv och aktiv dödshjälp skulle vara seriösa.

Det går en skiljelinje mellan anglosaxiskt skolade filosofer och filosofer som arbetar efter kontinental-filosofisk tradition, och det finns stora skillnader mellan filosofer i vardera traditionen. Alla filosofer, oberoende av skola är dock jämfört med läkare bättre insatta i logik och argumentationsteknik. Detta gör att också kloka kunniga läkare med väl underbyggda kliniska kunskaper ofta för stunden kommer till korta i samtal om etiska frågor. Lyssnare utan filosofisk skolning lämnas med en diffus obehagskänsla att något är fel men kan inte alltid reda ut vad. Här kan filosofer hjälpa till genom att analysera varandras argument och besvara varandras debattartiklar.

Filosofier och alla andra yppar ibland egna värderingar

Ett praktiskt exempel på ett samtal där en läkare för fram väl underbyggd empirisk kunskap och filosofer (till en början) pratar filosofi är *Filosofiska rummet* i radio, som behandlade självmord. Läkaren informerade om att man av undersökningar vet att de som vid svår sjukdom efterfrågar dödshjälp är människor som tidigare haft självmordsönskan eller självmordsbenägenhet. En filosof försökte återföra frågan till att man måste definiera kriterierna för när det är rätt att begå självmord, en annan filosof föreslog att det kunde vara rätt om en person har en kunskap som innebär att många människor dödas om han yppar den vid tortyr och han vet att han skall torteras. Efter en stund (när läkaren tillrättavisats för att hon inte talade filosofi när hon berättade om vad kliniska undersökningar visat) kunde en av filosoferna berätta om en kvinna med lungcancer, som han känt. Hon begick självmord och enligt filosofen så »kvävdes hon då inte till döds», »hon dog inte på ett mycket värre sätt».

Läser/lyssnar man noga så är ju mycket som först låter som fakta en personlig värdering: När PC Jersild [16] säger om Ivan Iljitjs död »... och inom skönlitteraturen den kanske bästa redo-

vad är det för något?

görelse för döendet som någonsin skrivits» så har han gjort ett eget val beroende på personlig livsåskådning när han inte av samme författare (Tolstoj) väljer Furst Andrejs fridfulla död istället.

Konstruktiva tankar från en filosof och teolog

För den som är intresserad av etik men tröttnat på medicinsk etik som den sett ut som dagslände frågor på debattsidor kan professor Göran Lantz artikel »Har vi nytta av tillämpad etik?» kanske vara en bra läsning [17]. Han säger: »Men med etik i den djupare meningen avser jag inte i första hand de stora och livsavgörande valens etik, utan framför allt det faktum att etik kan handla om ett mönster av handlingar, ett mönster som ger en människa hennes personliga identitet och integritet.» Lantz påpekar att analys med hjälp av (vid det här laget från många håll kritiserade) fyra principerna (autonomi, inte skada, göra gott, rättvisa) riskerar att bli fyrkantig och rigid.

Han skriver: »Klinisk medicin är en praxis som rymmer inneboende värden. Den är inte bara en teknik. Den är en moralisk institution. Den kan dock utvecklas eller förbättras (eller tyvärr, degenerera och förfalla). Den kan inte byggas av medicinetiker från scratch. Den måste som det trasiga skeppet i Tönnies metafor byggas om bit för bit till sjöss.»

I avhandlingen »Ethical problems in clinical practice – a study of the ethical reasoning of health care professionals» [18], fastslår Holm som intervjuat 33 läkare och 9 sjuksköterskor att vårdpersonal inte arbetar efter någon av de klassiska etikteorierna. Den mest framträdande skillnaden mellan olika vårdanställda var skillnaden i vad man såg som etiska problem. Att människor i vården är i beroendeställning uppfattades av de intervjuade. Holm fann begreppet »Beskyttande ansvarighet/protective responsibility» vara det mest täckande för hur personal såg sig arbeta.

Om vi känner oss säkra för att vi gått etikkurser men inte förstår våra personliga normsystem så kanske etikundervisning inte alls är till nytta? Varken Kant med pliktetiken eller Bentham och Mill med nyttomoralen eller Hare, som nämns i »ETIK – en introduktion» från Statens medicinsk-etiska råd [19], kan råda bot på detta. Måste man för övrigt sätta sig in i Hares teori för att vara en bra läkare?

Som begreppet medicinsk etik an-

vänds idag överensstämmer det inte med vad många läkare menar är läkareetik. Kanske är det i grunden inte så stor skillnad på läkareetik och vardagsetik: i arbetet och privat är jag en handlande människa med ett integrerat normsystem om hur jag anständigt skall bära mig åt mot mina medmänniskor i och utan beroendeställning i förhållande till mig. Skall jag blanda in ägg i min dotters sojapannkaka – trots att hon inte vill äta ägg av etiska skäl – för att jag vet att hon behöver få i sig protein? Problemet löser jag inte bättre då jag gräddar pannkakorna om jag känner till principen om den dubbla effekten eller någon universalistisk teori.

Etiska traditionen ändrar frågornas utformning

Jean-Paul Sartres filosofi avfärdades i två artiklar i DN av filosofiprofessor Anders Wedberg (12 och 24 januari) 1947, och sedan var man i den svenska filosofiska världen befriad från Sartre, vars tankegångar ju överlever detta århundrade. En filosofisk skola har i Sverige helt dominerat. Hade inte Sartre bannlysts i Sverige hade vi kanske här haft en helt annan debatt om etiska frågor i och utanför vården.

Jag tror det vore till hjälp om filosofer hjälpte läkare reda ut varför filosofer kommer till olika slutsatser beträffande medicinska problem med etiskt innehåll: filosofen A har kommit till den och den konklusionen för att han anser att etiska utsagor är påståenden om faktiska egenskaper av den eller den typen till skillnad från filosofen B, som grundar sin syn på ... och till skillnad från filosofen C som ... Vi skulle på det sättet få en struktur till att reflektera över våra individuella normsystem som ju är grunden i vårt uppfattande av situationer och i vårt handlande.

Referenser

1. Hughes J. Ultimate Justification. Wittgenstein and medical ethics. *Journal of Medical Ethics* 1995; 21: 25-30.
2. Benhabib S. Autonomi och gemenskap. Daidalos 1992: 190.
3. Giesecke J. Se upp med proffsetiker! *Läkartidningen* 1998; 95: 492.
4. Sjöstrand L. Hippokrates' etik ger vägledning än idag. *Läkartidningen* 1998; 95: 1303-6.
5. Lindberg M. Hippokrates etiktolkning orättvist kritiserad. *Läkartidningen* 1998; 95: 1906.
6. Sjöstrand L. Hippokratisk etik och myndighetsperspektiv. *Läkartidningen* 1998; 95: 2187.

KRÖNIKÖR

REET ARNMAN

överläkare hematologi, medicinkliniken, Gävle sjukhus.

Bedriver f n etikstudier vid Teologiska institutionen, Uppsala universitet.

e-post: naver@swipnet.se

”Som begreppet används idag överensstämmer det inte med vad många läkare menar är läkareetik.”

7. Åhrström SE. Tydligare regler behövs för välfungerande läkar-patientrelation. *Läkartidningen* 1998; 95: 2188.
8. Stenstedt A. Nya argument mot dödshjälp? *Läkartidningen* 1998; 95: 3503.
9. Hermerén G. Håller Hippokrates etik? Nej, den måste omprövas! *Läkartidningen* 1998; 95: 1308-14.
10. Bergström L. Humanistisk människosyn. *Filosofisk Tidskrift* 1992; 1: 46.
11. Furberg M. Om dödsbegrepp och definitioner. *Filosofisk Tidskrift* 1987; 1: 1-10.
12. Toulmin S. How medicine saved the life of ethics. In: Demarco JP, Fox RM, eds. *New directions in ethics*. New York, London: Routledge & Kegan, 1986: 265-81.
13. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 4th ed. New York, London: Oxford University Press, 1994.
14. Parfit D. Is common-sense morality self-defeating? In: Scheffler S, ed. *Consequentialism and its critics*. New York, London: Oxford University Press, 1988: 173-86.
15. Thomson JJ. A defence of abortion. In: Singer P, ed. *Applied Ethics*. New York, London: Oxford University Press, 1986: 37-56.
16. Jersild PC. Förord i Nuland SB. Hur vi dörr. *Reflexioner över livets slut*. Stockholm: Brombergs, 1994: 8.
17. Lantz G. Har vi någon nytta av tillämpad etik? *Finsk Tidskrift* 1997; 10: 560-71.
18. Holm S. Ethical problems in clinical practice – a study of the ethical reasoning of health care professionals. *København's Universitet* 1996.
19. Statens medicinsk-etiska råd. *ETIK – en introduktion*, 1995: 43-4.