

Medicinsk etik är multidisciplinär

Medicinsk etik kräver kritisk reflektion över grundvärderingar och relevanta fakta. Det vore olyckligt om personer verksamma i vården deklarerar sig immuna mot etisk reflektion med hänvisning till att de har ett privilegierat » eget normsystem ».

Då Reet Arnman redovisar några tankar om vad medicinsk etik är [1] luftar hon bl a ett missnöje med filosofers roll inom området. Tyvärr faller det henne aldrig in att medicinsk etik kan vara flera saker samtidigt. Det kan vara undervisning och träning i ämnet, det kan vara tillämpning av resonemang som framkommit i forskning (t ex i form av debattartiklar) och det kan vara forskning.

Vad gäller just *forskning* i medicinsk etik kan det innebära normativ diskussion av hur medicinska verksamheter bör bedrivas och organiseras (vilket i sin tur aktualiserar en mångfald olika frågeställningar såväl vad gäller olika verksamhetsgrenar som på varierande grad av teoretisk nivå).

Men det kan också innebära kartläggning och analys av de etiska resonemang och underliggande värderingar som faktiskt förekommer bland dem som är verksamma i vården – de som arbetar med dess organisation och styrning och alla vi andra som då och då är patienter.

Tvärvetenskapligt område

Det är således naturligt att den medicinska etiken måste vara ett tvärvetenskapligt och multidisciplinärt område, där pedagogisk utveckling, empiriska (såväl medicinska som andra) studier, begrepps- och argumentationsanalytiskt arbete samt rent normativ argumentation inte står i någon motsatsställning, utan tvärtom är nödvändiga kom-

plement. Av detta följer att forskning på området måste innefatta ett visst mått av arbetsdelning (som dock inte får gå så långt att resultat från olika discipliner aldrig sammanställs).

Det vore t ex olyckligt om en filosof som jag själv försökte sig på att utreda huruvida sexuell läggning är starkt ärftligt betingat, eller om serotonin-återupptagshämmare verkligen hjälper mot depression. Men lika olyckligt blir det om i vården verksamma individer deklarerar sig immuna mot etisk reflektion utifrån att de besitter ett » eget normsystem ».

Arnman s artikel demonstrerar en oroande tendens åt detta senare synsätt när hon antyder idén att den medicinska etikens roll är att skapa » bra läkare ». Här förutsätts uppenbarligen ett givet svar på just den fråga som inom medicinsk etik är forum för debatt: *Vad är det som kännetecknar en bra läkare?*

Förvanskande och vilseledande

I sin iver att ge exempel på medicinsk etik som hon ogillar lockas dock Arnman till att använda vilseledande exempel och rena förvanskningar. Eftersom många påståenden gäller undervisning i medicinsk etik är det egendomligt att inga av de många svenska läroböckerna i ämnet kommenteras.

Däremot påstås att specifika debattinlägg i moralfilosofisk forskning skulle vara » grundnivåböcker i filosofi » eller » presentera » specifika medicinskt etiska frågor, vilket är ungefär lika lyckat som att påstå att en nyligen uppmärksammat artikel om odling av embryonala stamceller [2] skulle utgöra en grundbok i cellbiologi eller en presentation av någon specifik fråga inom detta område.

Jag själv, Jan Wahlström (som är läkare och inte filosof) och Stellan Welin tillskrivs åsikten att » eftersom fler kvinnor, som väntar handikappade barn nu gör abort så följer att: 'Kliniska genetiker, obstetrik, barnmorskor och andra som arbetar aktivt med fosterdiagnostik har därför goda skäl att aktivt motverka en försämring av verksamheterna och stödet inom handikapp- och omsorgsområdet' » och att detta skulle innebära

att vi anser något så dumt som att läkaretik är » samma sak som politik ».

I artikeln ifråga [3] påstod vi dock varken det sistnämnda eller att » fler kvinnor, som väntar handikappade barn nu gör abort ». Därför är detta heller ej det skäl vi anförde för att det kan ingå i en klinikers etiska ansvar att värna om kvaliteten på andra verksamheter än den egna.

Av vikt för patienters autonomi

Det vi pekade på är att förutsättningarna för att upprätthålla en godtagbar etisk kvalitet inom fosterdiagnostiken kan påverkas av kvaliteten på samhällets stöd åt handikappade. Detta beror på att nämnda stöd i sin tur påverkar möjligheten för patienter att utan oacceptabelt samhälleligt tryck själva avgöra om de vill ha fosterdiagnostik eller eventuellt abort efter fosterdiagnostik. Värnar man om patienters autonomi är detta självfallet ett intressant förhållande.

Nu hänvisar visserligen Arnman förjust till Hippokrates, vilken som bekant var en stark motståndare till idéer om patienters rätt att själva få ta fri och informerad ställning till vad läkare ska utsätta dem för [4]. Kanske anser inte Arnman att detta med autonomi är så mycket att bry sig om. Eller ska denna komponent i Hippokrates synsätt ses som den » historiska färgning » (hur man nu ska känna igen denna » färg ») som man, enligt Arnman, kan bortse ifrån vid läsningen av en klassisk text?

Hur som helst: hänvisning till en historisk person kan, lika lite som det faktum att sjukvårdspersonal eller andra faktiskt betar sig och tänker i vissa banor, utgöra argument för etiska grundvärderingar eller deras specifika tillämpningar. » Så här gör vi » är ett lika dåligt argument för hur en verksamhet ska skötas som » så här säger NN att vi ska göra ».

Motstå dogmatism!

En helt annan sak är att det är önskvärt att medicinsk etik bedrivs i kritisk reflektiv anda (dvs, inte mekanisk tillämpning av » de fyra principerna », Hippokratesregler, utilitarism, » judisk-

Författare

CHRISTIAN MUNTHER

docent, universitetslektor i praktisk filosofi, Göteborgs universitet.

kristen etik» eller någon annan mer eller mindre preciserad lära, utan fortlöpande diskussion av argument för och emot olika konkurrerande normer och värderingar).

Grundläggande information om och relatering till vårdens och vårdpersonalens verklighet är en annan lika önskvärd ingrediens. Arnmans beskrivning av det sistnämnda som en homogen grund för den medicinska etiken att bygga på hotar dock att radera förutsättningarna för den kritiska reflektionen. Inom såväl som utanför vården finns det olika uppfattningar om vad som är »ansvärdigt uppförande mot en sjuk medmänniska», huruvida det finns någon etiskt avgörande skillnad mellan aktiv och passiv dödshjälp och de andra frågeställningar Arnman beskriver som präglade av djupaste konsensus.

Etiska motsättningar

I mitt arbete som forskare och lärare i medicinsk etik möter jag kontinuerligt sådana djupgående etiska motsättningar inom såväl som utom vården och ser som min uppgift, dels att (som lärare) ge människor begreppsliga och logiska verktyg och färdigheter att föra fortlöpande systematiska och kritiska diskussioner, dels att (som forskare) delta i och analysera dessa diskussioner och deras värderingsmässiga grundvalar samt att förutse kommande områden där nya motsättningar kan förväntas uppkomma.

Att jag då också »yppar (...) egna värderingar» och att dessa kan revideras i ljuset av ytterligare argumentation är lika sant som det är triviale. Men det samma gäller vem som helst som yttrar sig i etiska frågor inom såväl som utom

vårdområdet. Att det skulle finnas *ett* privilegierat »eget normsystem» är således en myt som riskerar att återföra den medicinska etiken till det dogmatiska stadium som bl a moralfilosofiska analysverktyg hjälpt till att befria den från.

Referenser

1. Arnman R. Medicinsk etik; vad är det för något? Läkartidningen 1999; 96: 222-3.
2. Thomson JA, Itskovitz-Eldor J, Shapiro SS, Waknitz MA, Swiergiel JJ, Marshall VS, Jones JM. Embryonic stem cell lines derived from human blastocysts. Science 1998; 282: 1145-7.
3. Munthe C, Wahlström J, Welin S. Fosterdiagnostikens moraliska rötter. Läkartidningen 1998; 95: 750-3.
4. Faden RR, Beauchamp TL. A history and theory of informed consent. Oxford University Press, Oxford 1986.

Kommentar:

Fakta och värderingar svåra att särskilja

Med en bra läkare menar jag en läkare som har medicinsk kunskap, kan lyssna och skapa goda tillitsförhållanden med de människor som söker vård. En bra läkare måste ha reflekterat över vad han anser vara moraliskt gott och rätt, om det *alltid* är rätt att lyda lagen och hur hans värderingar skiljer sig från andras.

Munthe beskriver i »Livets slut i livets början» (1992) en tänkt kvinna Kristina som »levde som folk gör mest». När hon blev gravid hade hon att välja mellan »att ta hand om sitt barn och att satsa sina ekonomiska och känslomässiga resurser på V65 och knyppling». Är detta fakta om kvinnornas känslomässiga resurser eller Munthes grundvärdering av kvinnor?

Olämpliga texter

Jag är glad att Munthe kallar texterna för förstaårsstudenterna i filosofi för »specifika inlägg i moralfilosofisk forskning». Jag ville berätta om hur

man skolas in i den analytisk-filosofiska diskursen och *menade just det att aborttexten är för svår för att på den nivån snabbt avhandlas, och texten om hur man delar upp plågeri av oskyldiga anser jag inte är fruktbar på någon nivå.*

Mänskliga problem är inte matematikproblem. I verkligheten är inte fakta och värderingar lättseparerbara. Genom att bestämma vilka fakta som är med i en uträkning har man gjort en värdering. I dödshjälpsdebatten har filosofer till och med glömt känslorna hos den (anhörig?, sjuksköterska?) som menas skall verkställa dödandet.

Munthe frågar mig hur man tolkar historisk text. Kan man vara docent i filosofi i Sverige idag utan att ha läst kontinentalfilosofen Gadamer, som är en världsauktoritet på texttolkningsområdet?

Bör enas om regler

Jag är ateist och kan tänka mig att Gud med sina bud skapats av männi-

skorna för att samhället skall hållas ihop. Nu i en sekulariserad tid måste vi i en öppen debatt med flesta möjliga deltagare enas om gemensamma regler.

Munthe tycks mena att det finns *ett rätt*, och räknar på om de flesta gravida västerländska kvinnor bör göra abort »var och en» eller »alla tillsammans kollektivt» och samtidigt med aborten föra över resurser till tredje världen (abort och resursöverföring kallas det i avhandlingen).

Jag kan som ansvarskännande och handlande individ inte luta mig mot vad någon filosof anser vara *rätt*, utan jag måste bilda mig en egen uppfattning genom att tänka och samtala med andra. Läkaretiken har frågor som inte ryms i dagens »medicinska» etik och som inte kan förenklas till dikotomier som rätt-fel.

Reet Arnman

överläkare,

Valbo