

Filosofernas erfarenheter och språk

Du sitter hemma vid köksbordet. Du har dina tofflor på dig. Du har en tidning inom räckhåll. Du har inte skrivit till någon av dina mostrar. Det regnar och är tisdag. Vad bör du göra?

Filosofen Christopher Miles Coope [1] är författare till ovanstående »fallstudie». Han menar att medicinetiska sjukhistorier ofta har reducerats till torftiga skelett och anser att man på detta sätt konstlat uppförstor oenigheter i moraliska frågor. Uppställningar av denna typ visar att det inte är klart vad som räknas som *moraliska* problem, säger han.

Kanske är det så att du varken bör skicka tofflorna till Bistandsgruppen eller se till att få iväg de där breven till mostrarna: Du borde kanske bjuda grannen på te fast den som gett fallbeskrivningen inte nämnt alternativet, och är det där med breven till mostrarna en *moralisk* handling? Coope menar att många frågor som en läkare ställs inför handlar om ansvar i arbetet: Att det moraliska sitter i att läkaren måste handla ansvarsfullt men att därmed inte alla icke-medicinska frågor hon/han sysslar med är moraliska frågor. Alla osäkerheter är inte moraliska dilemman: om man inte kan besluta sig för om man skall gifta sig med Betty eller Hetty är det sista man behöver en »marital moralist», säger Coope.

Coope anser också att det bör finnas gränser för vad som i fallbeskrivningarna skall vara tillåtet att diskutera. Någon som arbetar i en bank får inte ens drömma om vad han kunde göra med bankens pengar, banktjänstemannen skall inte ge sig på att ställa Om-exempel för sig själv: Om min moster var i stort behov av pengar? Om 100 mostrar var i stort behov? Banktjänstemannen liksom polisen och doktorn har tjänster som grundar sig på att de måste vara pålitliga för den som behöver deras professionella hjälp, säger Coope.

Jag som läst en del litteratur skriven av filosofer har träffat på exemplet »varför inte döda den sövde benbrottspatienten och ge hans organ till flera?» Coope anser inte att vi skall ge oss in på att besvara frågor av detta slag där vi ser att galenskap finns inbyggd. Vår grundläggande moraliska förståelse av mord, ljugande och tortyr är tillräcklig för att vi inte skall befatta oss med frågan. Frå-

gor som diskuteras i filosofiska seminarierum med te och biskvier är inte alltid lämpliga fast yttre omgivningen är civiliserad, menar Coope (och jag).

Filosofen Michael Brannigan [2] har också fört fram nyanserad kritik beträffande den filosofiska medicinetikens utveckling.

Han skriver att mycket av bioetiklitteraturen skiljer ut etiska frågor från sina sammanhang. Filosofiska skolor, teorier, principer och begrepp används som färdiga entiteter att tillämpa på varje enskilt fall. Termen »etik» används som om det var en klump kunskap avskilt från olika rumsliga och tidliga händelser.

Brannigan berättar att det i USA händer att mediefolk föredrar att intervjua etiker med en profilerad åsikt hellre än sådana människor som målar upp olika perspektiv och svårigheter. Han menar att det mellan medier som vill sälja sin produkt och sensationslystna etiker uppstått ett samarbete som försvårar den nyanserade diskussion som svåra mångdimensionella frågor behöver, och att etiker om de inte utövar självkritik riskerar att främja sensationalism och förvränga problem fast deras uppgift är att underlätta klargörande.

Även om detta är skrivet för amerikanska förhållanden kan det vara bra att känna till problemet om det skulle komma till Sverige.

Sociologen Anthony Weston [3] räknar i en artikel upp bioetiska problem som han säger återfinns i standard-bioetikböcker: abort, dödande av sjuka spädbarn, eutanasi, sannings-



gande, experiment och samtycke, generativ terapi, reproduktiv kontroll, fördelning av medicinska resurser och rätt till medicinsk vård.

Weston menar att man fastnat på en nivå där problem skall kunna lösas av den sjuke, familjemedlemmar och vårdpersonal, men att många av problemen inte är medicinetiska utan hör hemma på en samhälls nivå. Han säger att den medicinska vården felaktigt får för stor betydelse vid presentation på det sätt som nu blivit på modet. Istället för att fokusera på »en respirator - två patienter»-frågor och presentera dem som medicinetiska frågor borde man diskutera varför det kommer in många trafikskadade, som är i behov av respiratorvård.

Ifråga om dödshjälp säger han att filosofer och andra monopoliserat tankegångarna på individnivå och att bakomliggande faktorer och alternativ därför belysts otillräckligt.

Weston hävdar att på samma sätt som det i storstadsområden finns en överetablering av läkare i lukrativa specialiteter, så kan man nu se praktiskt lagda etikfilosofer specialisera sig på

måste kompletteras

beslutsdilemman inom den medicinska institutionsramen.

Läkaren William Hensel [4] anser att fallbeskrivningar där berättaren redogör för sina vårdor, överväganden och misstag förser den oerfarne doktorn med bredare perspektiv av hur dilemman kan ses, och ger den mer erfarne möjlighet att undersöka alternativ. Han menar att ett sådant berättande för lärare och elever skapar en atmosfär som uppmuntrar förbättringar och hjälper studenter att tolka sina erfarenheter baserade på deras individuella personligheter och personliga livsåskådningar.

Läkaren Howard Brody [5] redogör för några olika sätt att diskutera etiska problem i vården. Han påpekar att den deduktiva metoden, som han kallar *ingenjörsmodellen*, fått stor genomslagskraft under de sista årtiondena: Abstrakta etiska teorier som kantiansk pliktbaserad etik eller utilitarism har gett upphov till ett litet antal allmänna principer beträffande respekten för autonomi hos dem som är kapabla att göra rationella val. Han skriver att man i vården lärts tänka enligt:

1. Man skall alltid respektera autonomi hos dem som är kapabla till rationellt tänkande
2. I detta fall är X kapabel till rationellt tänkande
3. I detta fall har X valt att frånsäga sig behandling
4. Därför bör man respektera X val

Sådana fallstudier tjänar som roande parabler för oiniterade att se hur etiska principer är viktiga och hur de kan appliceras, säger han. Eftersom principerna är relativt få och specificerbara i förväg så följer av dessa vilka drag i en patienthistoria som kommer att vara moraliskt relevanta. Och moralisk kontroll kan också ske i förväg.

Om man till exempel vet att Jones är kapabel att göra rationella beslut så är detta av stor moralisk signifikans, men Jones' egenskaper och sociala förhållanden kommer inte att ha någon relevans och man kan i denna deduktiva skola veta detta utan att veta något om Jones.

Brody hamnar i sin kritik nära Coope. Istället för *ingenjörsmodellen*, för att diskutera etiska problem inom vården, anser han att man kommer längre med *konversationsmodellen*. Han skisserar olika kliniskt förankrade sätt

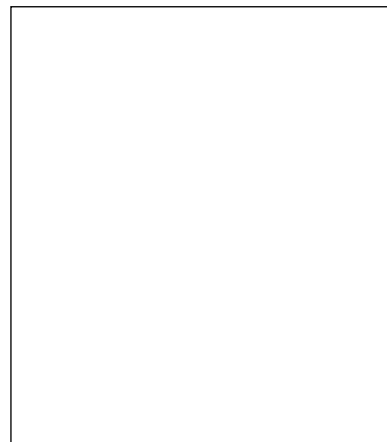
att diskutera etiska problem: Man kan t ex ha grunddiskussioner utan punkter, där alla berörda alla motiv och synpunkter i mesta möjliga mån kommer fram. Man kan också ha en metod där vårdpersonal tillsammans analyserar ett antal historier av likartat slag för att försöka se mönster och rimliga handlingslinjer.

Under läkarutbildningen går man tillsammans med äldre kolleger och i den kliniska undervisningssituationen sker identifikation, övertagande av attityder och av sätt att lösa problem: Man lärs in i den kliniska praxis som har frågor som ej helt överensstämmer med det som kommit att kallas medicinetik och där, vid försök att abstrahera problemen, den kliniska vardagens komplexitet förloras. Kliniskt förnuft lärdes ut praktikinternt redan under den hippokratiska eran och det är denna tradition läkarna Hensel och Brody anknuter till.

Det är inte bara i Läkartidningen under 1998 som Hippokrates varit aktuell. Läkaren och filosofen Grant Gillet från Nya Zeeland [6] ser liksom många läkare i Sverige att Hippokrates fortfarande kan vara en grund att utgå från.

Filosofen Annette Baier [7] menar att en stor anledning till att moraliska frågor i den filosofiska världen diskuteras på ett opersonligt sätt är att de stora moralteoretikerna i vår tradition varit män som haft minimala vuxenkontakter med och påverkan av kvinnor. Hon säger att många av de stora filosoferna har varit puritanska ungarlar med misogyn inställning. De har fokuserat sin filosofiska uppmärksamhet på svala distanserade relationer mellan fria och lika främlingar av den typ som finns i en manlig klubb med medlemsregler och bestämmelser om hur man skall gå tillväga med regelbrytare, och där samarbetsformerna begränsade sig till att försäkra sig om att varje medlem kunde läsa sin *Times* i lugn och ro och ingen skulle trampa på någon annans giktår. Vårdvärlden har dock en annan sorts relationer.

Vi som befinner oss utom herrklubbarna behöver komplettera filosofernas erfarenheter och språk och inte bara tränga in våra frågor i färdiga mallar. Moraliska frågor har kunnat diskuteras innan Kants, Benthams och de moderna medicinietiska fyra principernas tider.



KRÖNIKÖR

REET ARNMAN
överläkare i hematologi, medicin-
kliniken, Länssjukhuset Gävle-
Sandviken,
tjänstledig för etik-
studier

reet.arnman@swipnet.se

”... en stor anledning till att moraliska frågor i den filosofiska världen diskuteras på ett opersonligt sätt är att de stora moralteoretikerna i vår tradition varit män som haft minimala vuxenkontakter med och påverkan av kvinnor ...”

Referenser

1. Coope MC. Does teaching by cases mislead us about morality? *J Med Ethics* 1996; 22: 46-52.
2. Brannigan M. 1996 Designing ethicists. *Health Care Anal* 1996; 4: 206-18.
3. Weston A. Toward a social critique of bioethics. *Journal of Social Philosophy* 1991; 22: 109-18.
4. Hensel WA, Rasco TL. Storytelling as a method for teaching values and attitudes. *Acad Med* 1992; 67: 500-4.
5. Brody H. *The Healers Power*. New Haven, London: Yale University Press, 1992: 239-52.
6. Gillet G. Virtue and truth in clinical science. *J Med Philos* 1995; 20: 285-98.
7. Baier A. 1986 Trust and antitrust. *Ethics* 1986; 96: 231-60.