

Vårdgivarens etiska kompetens

Mats G Hansson

Att vårda svårt sjuka och döende människor kräver förutom annat kunnande även en etisk kompetens, framhåller Mats G Hansson i denna artikel. I den etiska kompetensen bör ingå viss förtrogenhet med principiella resonemang om etiska normer, men även vårdgivarnas egna kvaliteter och erfarenheter bör lyftas fram. Till de viktigaste principiella etiska utgångspunkterna hör normerna om självbestämmande och att göra gott (bota, lindra osv). Med stöd av en intressant idéhistorisk analys grundad på Kants pliktetik finner författaren att principen om självbestämmande är grundläggande och går före normen att göra gott. I den andra delen av artikeln understryks, bl a med utgångspunkt från praktiska exempel från vård i livets slutskede, betydelsen av vårdgivarnas egna erfarenheter. Det är omöjligt att specificera etiska principer så att de tar hänsyn till de unika omständigheterna i varje enskilt fall. En vårdgivare måste alltid väga in en patients särskilda sårbarhet och unika behov för att kunna uppfylla den vida plikten att göra gott.

Mats G Hansson är fil. kand, teol. dr., forskarassistent vid Institutionen för socialmedicin, Uppsala universitet och rektor vid Teologiska Högskolan i Stockholm.*

För att människor ska få en god sjukvård ställs det stora krav på vårdgivarnas medicinska och etiska kompetens. Det är också troligt att kompetensutveckling på båda dessa områden kan öka trivsel och välbefinnande för dem som arbetar inom vården. Jag ska i denna artikel ta upp två delar som kan sägas höra till en vårdgivares etiska kompetens. Den första delen handlar om att tydliggöra de principiella utgångspunkterna för en etisk bedömning. Den andra delen tar upp tillämpningen av dessa principer i den konkreta situationen. Det är av naturliga skäl omöjligt att specificera etiska principer så att de tar hänsyn till de unika omständigheterna i varje enskilt fall. Det blir alltid ett utrymme där den moraliska aktören måste använda sitt eget, på erfarenhet grundade, omdöme. Som konkret referenspunkt i

resonemanget tar jag upp en del etiska problem som har att göra med vården av svårt sjuka människor under livets sista stadier.

När ska vi avstå från att behandla en svårt sjuk människa och när är det rätt att avbryta en behandling som vi redan satt in? Vi kan hävda att vi aldrig ska ge någon patient en onödig behandling som inte gagnar patienten medicinskt, men det är ändå inte lätt att avgöra var gränsen går i den konkreta situationen. Begreppet "onödig behandling" är som begrepp ganska poröst och svårångat. Intensivvårdsläkaren Göran Grip har gett ett par exempel på hur svårt det kan vara att avgöra var gränsen går (Lindqvist & Grip, s 83f). Hugo var 70 år och hade en långt framskriden cancer. Han började kräkas och kunde inte dricka längre. Han fick dropp och levde i flera månader till, varje dag en plåga. Skulle han ha fått slippa dropp, och när skulle man i så fall slutat? Harald 85 år, fick den ena infektionen efter den andra och blev allt svagare. Han fick många olika sorters antibiotika, men när till slut en svampinfektion tillstötte slutade man med all antibiotikatilförsel. Efter några dygn dog Harald. Skulle han ändå fått svampmedel? Var det bara det som han skulle behövt för att överleva? Enligt Grip hade oförmågan att finna enkla svar på dessa frågor inte med bristande medicinsk kompetens att göra. Det finns ingen medicinsk kunskap om hur långt vi skall behandla i varje enskilt fall. Frågan om var gränsen går har nämligen en väsentlig etisk dimension. Vi måste fråga efter patientens egen syn på sin situation. Det behövs en etisk kompetens bredvid den medicinska som fångar upp vad det goda livet innebär för just denna patient.

Det är möjligt att det behövs olika former av etisk kompetens för olika kategorier av vårdpersonal. Jag ska här inrikta mig på det som är gemensamt och använder därför den av Grip föreslagna termen "vårdgivare" som

Det behövs en etisk kompetens bredvid den medicinska som fångar upp vad det goda livet innebär för just denna patient

* Artikeln ingår i boken Etik, religion och samhälle av Grenholm C-H & Lantz G (red), Bokförlaget Nya Doxa 1992.

på ett bra sätt täcker in olika kategorier (barnmorskan, biträdet, kuratorn, läkaren, psykologen, sjukgymnasten, sjuksköterskan, undersköterskan). Vårdgivaren är expert när det gäller det medicinska kunnandet och omvårdnaden. Patienten är expert på sitt eget liv, om vad som är gott och ont, uthärdligt, njutbart eller omöjligt att längre bära. I vårdgivarens etiska kompetens bör det finnas en beredskap att väga in det som är unikt för varje patient, inte bara i medicinskt hänseende.

Principiella utgångspunkter

I Hälso- och sjukvårdslagen, liksom i de flesta medicinsk-etiska kodices, nämns två för sjukvården centrala plikter: plikten att respektera patientens självbestämmande och plikten att göra gott, dvs att bota, lindra och trösta. I etiska diskussioner om vård i livets slutskede blir en av frågorna ofta hur dessa två plikter ska balanseras mot varandra. Det kan förefalla naturligt att se plikten att bota och bevara liv som en förhandsplikt. Om vi enligt denna plikt mot patientens önskan sätter in t ex en antibiotikabehandling så får vi alltid en ny beslutssituation då nästa infektion inträffar. Situationen blir emellertid ganska snart absurd om patienten aldrig får gehör för sin önskan att nu sluta sitt liv. Enligt ett etiskt tänkande som går tillbaka på den tyske filosofen Immanuel Kant kommer plikterna inte i konflikt på det här sättet. Enligt den Kantianska modellen är det plikten att respektera patientens självbestämmande som har högst dignitet. Det är ett grundvillkor för moralen i sig. Ytterst är den ett uttryck för att vi tillerkänner varje människa ett handlingsutrymme i frågor som berör henne. Den innebär att vi är moraliskt förpliktade att inte välja handlingsprinciper som bygger på våld, tvång eller bedrägeri. Plikten att göra gott, att lindra, bota och trösta, kvalificeras av plikten att respektera patientens självbestämmande. Den innebär enligt detta etiska tänkande att vi bör göra väl mot en annan människa i enlighet med vad hon själv uppfattar som gott. Vi ska försöka se hur man kan resonera för att komma fram till denna principiella utgångspunkt.

Autonomi som grundvillkor

En av mina förutsättningar är att vi måste föra den etiska diskussionen på ett gemensamt plan. Ingen har tolkningsföreträde i den etiska bedömningen i kraft av t ex ålder, makt, yrkesroll eller kön. Det går heller inte att komma dragandes med anspråk på att äga någon särskild gudagiven uppenbarelse i moraliska frågor. Var

och en måste vara beredd att presentera argument för sin ståndpunkt, argument som kan accepteras som giltiga av de andra som deltar i eller påverkas av den etiska bedömningen. Vår uppgift är att formulera grundläggande handlingsprinciper som kan accepteras av alla i den etiska diskussionen. Kant gjorde en omfattande utredning för att visa hur dessa principer kan härledas utifrån en reflektion över människans förnuft. För att kunna diskutera denna härledning måste vi gå en ganska lång omväg via Kants kunskapsteori. Jag ska här gå en kortare väg och föreslå att de som söker en gemensam grund för moralen finner hos Kant en förnuftig och rimlig principiell utgångspunkt.

Den moral vi har, den vi uppfostrats till och den vi formar genom egen eftertanke, kommer till som ett försök att bedöma och reglera handlingar. Levde jag ensam i ett dött universum behövde jag ingen moral. Moralerna hör till den mänskliga samvaron, till området mänskliga handlingar. En rimlig utgångspunkt för moralen är att de grundläggande principer vi godtar inte får omöjliggöra eller helt eliminera en människas handlingsutrymme. Det är ett minimalt men mycket grundläggande krav. För att människan ska kunna vara moralisk får vi inte vägra henne själva möjligheten att handla och att delta i den moraliska gemenskapen. Ett principiellt tillerkännande av handlingsutrymme är en förutsättning för att människan ska kunna vara en moralisk aktör. Man kan också uttrycka det så att de grundläggande handlingsprinciper vi antar inte bör utesluta möjligheten till mänsklig gemenskap och samverkan. Det finns naturligtvis en mängd praktiska handlingshinder men det är inte dessa vi är intresserade av just nu. Kant föreslog ett grundläggande moraliskt imperativ som har funktionen att tillförsäkra ett principiellt handlingsutrymme åt varje moralisk aktör. Det har blivit känt som det kategoriska imperativet: "Handla endast enligt den maxim (maxim = underliggande handlingsprincip) vilken du samtidigt kan vilja att den blev universell lag".

Man kan tycka att detta är en ganska tom och för etiken föga användbar formel och många har, något förhastat, dragit den slutsatsen. Det är förvisso svårt att med hjälp av denna formel klara ut vilka maximer som kan accepteras. Det är lättare om vi går andra vägen och frågar oss vilka typer av maximer som inte kan godtas därför att de inte kan universaliseras. De grundläggande handlingsprinciperna måste vara sådana som det inte är omöjligt för alla att följa. Maximer som bygger på

våld, tvång eller bedrägeri är exempel på maximer som inte är möjliga att kunna vilja se universaliserade. Principiellt bruk av våld för att uppnå olika mål förnekar våldsoffret dess status som moralisk aktör. Våld som princip "undercut the agency of those who are victimized", för att använda Onora O'Neill's ord. Den individ vi handlar mot måste själv kunna instämma i den princip vi lägger till grund för handlingen. Vi kan uttrycka det så att varje individ är betrodd med moralisk auktoritet. Plikten att respektera en människas autonomi är den plikt som i ett konkret möte ger henne möjlighet att utöva denna sin självklara moraliska myndighet. Den är det minimala skydd som behövs för att tillerkänna den individ som berörs av våra handlingar status som moralisk aktör. Den är på så sätt ett grundvillkor för moralen.

Enligt detta resonemang finns det något vi alltid måste göra när vi möter, diskuterar med eller vårdar människor som är moraliska aktörer. Så länge de är åtminstone delvis rationella och beslutskompetenta måste vi respektera deras självbestämmande. Vi har en moralisk plikt att respektera deras autonomi. Detta innebär inte att den vi handlar mot alltid har rätt att få sina önsningar uppfyllda men hon har en principiell rätt till självbestämmande. Det är detta som ligger i den för vård-etiken centrala moraliska plikten att respektera en patients autonomi. Den har som plikt högst dignitet inom det Kantianska systemet. Plikten innebär dock inte att vi måste engagera oss positivt i andras väl och ve. Vi kan välja att förhålla oss likgiltiga och ändå uppfylla den, så länge vi inte aktivt söker hindra dem att förverkliga sina mål. Detta är ju inte riktigt tillfredsställande för etiken, de flesta skulle nog anse det som ett väl minimalt etiskt krav.

Hjälp för att upprätthålla autonomin

Plikten att respektera patientens autonomi är i grunden ett bejakande av henne som moralisk aktör. Nu är livet en gång sådant att alla människor i olika situationer behöver hjälp av andra för att upprätthålla sitt moraliska aktörsskap. Detta förhållande blir särskilt tydligt i olika vårdssituationer. Om vi godtar plikten att respektera patientens autonomi så måste vi följaktligen, givet förhållandet att hon inte (egentligen ingen) kan upprätthålla sin autonomi utan hjälp från andra, godta också en plikt att göra väl. Märk väl, som plikterna är motiverade i denna Kantianska modell så kvalificeras plikten att göra gott av plikten att respektera en människas

Vi ska göra väl mot en annan människa enligt vad hon själv uppfattar som gott, det är inte rum för någon värdeimperialism

autonomi. Den innebär alltså att vi ska göra väl mot en annan människa i enlighet med vad hon själv uppfattar som gott. Lite slarvigt uttryckt är det inte rum för någon värdeimperialism. Detta gäller så länge individen är i någon rimlig mening beslutskompetent. Den Kantianska etiken är i sina grundläggande drag icke-paternalistisk. Paternalistiska handlingar inom vården är godtagbara endast av två skäl. Antingen för att en patients vilja på ett otillåtet sätt inkräktar på andras frihet att uppställa mål, eller då patienten inte är beslutskompetent. När det gäller barn och andra individer som inte är beslutskompetenta bör vi enligt plikten att göra gott handla mot dem enligt vad vi uppfattar vara i deras intresse.

I anslutning till dessa två plikter finns det skäl att uppmärksamma en viktig distinktion mellan *strikt* och *vida* plikter. En strikt plikt har universellt anspråk. Den specificerar utan undantag vem som är föremål för plikten och vem som har motsvarande skyldighet. Dess anspråk vilar inte på särskilda sociala och kulturella villkor. Vi är, som exempel på en sådan plikt, skyldiga att undvika våld, tvång eller bedrägeri. I den mån en människa är beslutskompetent bör vi respektera hennes självbestämmande. Detta gäller oavsett vår relation till henne. När det gäller barn är vi, som ett exempel på en sådan plikt, alltid skyldiga att undvika våld och ofredande vare sig de barn vi möter är under vårt ansvar eller inte. Det är också fråga om en strikt plikt när någon gjort ett särskilt åtagande i kraft av t ex sin sociala roll som förälder, lärare eller vårdgivare. Strikta plikter som dessa kan restlöst återföras på rättigheter, t ex i form av patients rättigheter eller ett barns rätt att inte bli utsatt för våld eller sexuell förnedring. Ett samhälle kan teckna rättigheter för dessa individer, något som nyligen gjorts när det gäller barn, och utse de som skall bevaka rättigheterna. Frågan är om det är tillräckligt för att tillvarata dessa individers intressen. Onora O'Neill har tagit upp denna fråga och menar att en hänvisning till ett vidare pliktbegrepp kan driva det moraliska kravet längre. Detta torde få särskild betydelse när det gäller att tillgodose de, i någon mening, svaga individernas intressen (O'Neill 1988).

En vid plikt är en plikt som förutsätter en viss kunskap om den som är föremål för plikten, och ger oss därigenom ett frihetsutrymme att välja vem vi ska uppfylla plikten mot, och hur vi ska göra det. När det gäller barn gör vida plikter det möjligt att tillerkänna en förälders kärlek till sitt barn som varande en relation av speciell etisk relevans. En förälder eller en lärare uppfyller inte sin plikt att göra gott mot ett barn endast genom att tillgodose att barnets universella rättigheter inte kränks. De måste också ta särskild hänsyn till hur varje barn är speciellt utsatt och sårbart för ovänlighet, brist på uppmärksamhet och deltagande, sårbart för misstroende och våld. Barn är lika i vissa avseenden men de har också unika behov och önsningar. Med ett analogt resonemang kan vi säga att en vårdgivare måste väga in en patients särskilda sårbarhet och unika behov för att kunna uppfylla den vida plikten att göra gott. I vård situationen är patienten mer eller mindre utlämnad till vårdgivarens välvilja, kunskap och goda omdöme.

För vårdgivaren blir plikten att respektera en patients autonomi endast i indirekt mening en kunskapsfråga, respekten i sig bygger ju inte på vad vi vet om patienten. Det är fråga om kunskap på det sättet att vi måste ta ställning till om patienten är beslutskompetent för just det beslut det gäller. Här måste vi skilja mellan olika nivåer av autonoma val. Att t ex en senildement person inte uppfyller villkoren för en autonom person, tillräckligt för att t ex framgångsrikt driva kravet på sin utskrivning, innebär inte att hon inte kan träffa autonoma val. Hon kan säkert fatta en hel del vardagliga beslut om sin klädsel, hur hon vill ha håret idag och vilken meny hon önskar. Att respektera patientens autonomi innebär att låta henne bestämma i frågor hon är kompetent för. För patienter som uppfyller de krav som kan ställas på beslutskompetens blir autonomiplikten ett krav ställt på vårdgivaren att överlåta beslutet till patienten. För patienter som endast delvis uppfyller kraven kan plikten formuleras som en målsättning. Målet är att så långt det är möjligt återställa patientens förtroende för sin egen kapacitet. Rehabilitering "skall inte bara förbättra den fysiska funktionen utan också stärka självkänslan och ge patienten tillbaka tron på sig själv" (Thorburn, s55). Vi har en plikt att respektera en människas självständiga bedömning även när hon inte har kapacitet att handla i enlighet med sin vilja. När vi tillmötesgår en cancersjuk patients vilja att slippa bli sondmatad, en vilja som kan uttryckas på olika sätt även när talförmågan är borta, är det ett uttryck för respekt för hennes autonomi.

Vi har en plikt att respektera en människas självständiga bedömning även när hon inte har kapacitet att handla enligt sin vilja

Vårdgivaren skall behandla patienten utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Det räcker emellertid inte att tolka symtomen utifrån medicinsk fackkompetens. Vårdgivaren måste också lyssna till vad symtomen betyder för den enskilde patienten. Det finns olika saker hon värderar i livet, värderingar som alltid är mer eller mindre relaterade till varandra. Varje patient har sin unika historia, sina behov, sin sårbarhet och sin livsplan. Plikten att göra gott i enlighet med vad patienten själv uppfattar som gott ställer krav på vårdgivarens förmåga till kunskap om patienten. I samma grad som patientens beslutskompetens minskar ökar kravet på vårdgivarens omdöme så att behandlingen och omvårdnaden verkligen sker på ett sätt som står i överensstämmelse med patientens bästa intresse. Vårdgivaren får användning för den etiska kompetens som "skärps med erfarenheten" (Kant GMS 389).

Erfarenhetsgrundad etisk kompetens

Den klassiska moraltradition som tagit den moraliska aktörens perspektiv härstammar från Aristoteles. Även nutida dygdetiker som Alasdair MacIntyre anknyter till denna tradition. Det kan förefalla väl djärvt att i en och samma artikel hämta inspiration från både Kant och Aristoteles och det är klart att det kan inte göras utan vissa reservationer. En viss anknytning finns dock redan när det gäller den Kantianska ansatsen då Kant beskriver de plikter jag talar om som just dygdplikter (Kant MdS). Sådana plikter för vilka det endast finns inre sanktion, plikter som vädjar till aktörens vilja att frivilligt ställa sig under den moraliska lagen. Aristoteles rörde sig också med ett autonomibegrepp som gällde stadens suveränitet gentemot yttre angrepp. Det var Kant som gav begreppet en ny definition genom att relatera det till den inre moraliska lagen. För en modern tillämpning, t ex inom vårdetiken, torde dessutom både den klassiska traditionen från Homeros krigardygder och Aristoteles gentlemannadygder med säte i stadens rika kvarter utgör ett magert material. Det finns en rad svårigheter med sammansättningen av Kant och Aristoteles, liksom med tillämpning av Aristoteles dygdetik. Jag skall visa på en tolkning som MacIntyre presenterat vilken beskriver Aristoteles etik som det ge-

mensamma projektet. Denna tanke om ett gemensamt projekt har särskild relevans för vårdetiken. Den gemensamma ansatsen kan innebära att samla och värdera den erfarenhet som växt fram hos olika vårdgivarkategorier inom en avdelning. Plikten att respektera en individs autonomi och plikten att göra gott mot henne i enlighet med vad hon själv uppfattar som gott var också en frukt av en gemensam ansats, dock på det mer principiella planet. Dessa plikter är emellertid viktigt att hålla i minnet eftersom de erbjuder den nödvändiga kritiska insats som förhindrar en på rent subjektiva grunder växlande moral mellan olika avdelningar.

Dygden som tillägnad grundläggande attityd

I den etiska diskussionen är vi vana att använda både värdestermer, vad som är gott, ont, åtråvärt, och normativa termer, vad som är rätt, fel, plikt. När vi för in en ny slags termer såsom mod, sanningsenlighet eller måttfullhet kan man fråga sig vad för slags termer detta är. De förefaller varken vara värdestermer eller normativa termer i vanlig mening och att kalla dem för psykologiska begrepp är inte heller riktigt täckande (Se von Wrights diskussion). Aristoteles menar att det varken är fråga om sinnesrörelser av typen glädje, tillförsikt, rädsla eller de själsförmågor som gör oss kapabla till känslor av dessa slag (ANE 1105b5-28). Dygderna representerar för honom de karaktärstillstånd som bestämmer hur väl vi klarar balansen mellan olika sinnesrörelser. Den som äger mod finner medelvägen mellan den alltför stora tillförsikten, vilken leder till dumdristighet, och den fruktan som leder till handlingsförlamning. Varje människa söker denna medelväg utifrån sina egna förutsättningar. Dygden är något vi tillägnar oss genom vår praktiska erfarenhet men det är inte samma sak som yrkesskicklighet eller teknisk färdighet att hantera vissa instrument eller utföra vissa uppgifter. Följer vi Aristoteles förefaller det handla om att bemästra de grundläggande känslor som rörs upp när vi hamnar i olika handlingssituationer. Det är inte fråga om att förneka känslorna och söka sig ut på något lagom, jolmigt vatten. Snarare söker personen placera sig mellan två extremer för att på så sätt hålla dem samman. Det finns så att säga, skäl både för tillförsikten och för fruktan och vad mitten mellan dem är måste avgöras av varje individ för varje situation.

Vi kan pröva tanken om dygden som en tillägnad grundläggande attityd med ett exempel från sjukvården. En vårdgivare som lägger samman sin erfarenhet när

det gäller sin egen och sjukvårdens möjlighet att bota, lindra och trösta finner sig inte sällan stå mellan en upplevelse av hjälplöshet och förtröstan. Hjälplösheten, både vårdgivarens och patientens, finns verkligen där. När vi möter den demente patienten på sjukhemmet som skriker och vi inte förstår varför eller vad vi ska göra. De åtgärder vi vidtar är sällan till någon egentlig hjälp för patienten. Eller när vi möter en patient som är invandrare och vi inte förstår vad som är problemet men ändå upplever att patienten mår dåligt och skulle behöva vår hjälp (Exemplen ur Andersson). Varken vårdgivaren eller sjukvården förmår allt, det finns verkligen skäl för hopplösheten. Inom erfarenheten rymms emellertid också den förtröstan som fått sin näring av alla de gånger vi nådde fram, med rätt behandling, med rätt ord eller med ny teknik. Sjukvården kan verkligen också både bota, lindra och ge tröst. Det finns inga enkla principer som man på en medicin- eller vårdutbildning kan lära sig om hur man hanterar denna svåra balansgång mellan hopplöshet och förtröstan. Det är en fråga om en genom erfarenhet utvecklad konst att hantera motstridiga reella upplevelser i konkreta situationer. Det är situationer som aldrig på alla punkter liknar varandra. Patienterna är nya och vårdgivaren gör nya erfarenheter varje dag.

Disposition att handla

Vi kan lättast förstå Aristoteles dygder som en slags underliggande dispositioner att handla. I konkreta vård-situationer har vi inte alltid tid att genomföra en omsorgsfull etisk deliberation. Vi måste i vår etiska kompetens bygga in den handlingsberedskap och det handlingsmönster som är frukten av en genom åren väl utförd deliberation. Vi lär oss inte en dygd genom en rent mekanisk träning. Dispositionen att göra goda handlingar och att fullgöra sin uppgift väl är en frukt av reflektion och medvetna val. Jag ska inte fördjupa mig i Aristoteles katalog av dygder. De har en begränsad användning genom sin koppling till krigarnas och aristokratins verklighetsbakgrunder. Det är betecknande att Aristoteles i den Nickomackiska etiken inte talar om dygder för dem sysselsatta med praktiskt hantverk eller de som levde närmare naturens växlingar på lan-

Dispositionen att göra goda handlingar och att fullgöra sin uppgift väl är en frukt av reflektion och medvetna val

det. Jag tror att idén som sådan är fruktbar men vi behöver formulera nya dygder som är relevanta för dagens människor och yrkessammanhang.

MacIntyre har givit en intressant utgångspunkt för ett sådant arbete genom att peka på hur atenarna till skillnad från Homeros hjältar mer betonade dygdernas kooperativa än kompetitiva karaktär. Dygderna spelar t ex hos Aristotelse inte bara en roll för individen utan har en viktig funktion i själva samhällsbyggandet. Staden, *polis*, utgör den självklara miljön där dygderna skulle levas och där de också definierades. Beskrivning av dygderna måste här relateras till de lagar och regler som gällde. Det gäller inget mindre än att "åstadkomma ett gemensamt projekt för att uppnå det goda som kan erkännas som ett delat gott av alla som deltar i projektet" (MacIntyre, s 151). Det gäller delvis att identifiera de typer av handlingar som skulle äventyra hela projektet, dels söka de kvaliteter som kan befordra projektets målsättning.

Det goda livet som mål

Om vi funderat vidare, med utgångspunkt från en avdelning på ett sjukhus som ett sådant projekt, finns det flera viktiga distinktioner beträffande vad detta goda är som verksamheten ska söka främja. Vi kan först skilja mellan projektets interna och externa värden. MacIntyre har en diskussion om detta som går tillbaka till Thomas av Aquino (MacIntyre, s 187ff). Externa värden är alltid någons egendom eller tillhörighet och det finns olika medel att nå dem. Hit hör sådant som kan hänföras till patientens hälsa och välbefinnande men också sådant som gäller hur avdelningen står sig resultatmässigt ekonomiskt, när det gäller personalomsättning, patientgenomströmning m m. En verksamhetens interna värden kan uppnås endast genom deltagande i just denna verksamhet. De som saknar den för verksamheten relevanta erfarenheten har inte kompetens att bedöma verksamhetens interna värden.

MacIntyre illustrerar vad som menas med dessa värden genom en analogi om schackspel. Föreställ dig att jag vill lära en sjuåring spela schack, trots att barnet själv inte har något egentligt intresse att lära sig spela. Barnet tycker emellertid om godis och jag förklarar att om vi spelar schack tillsammans en gång varje vecka så bjuder jag på godis. Jag berättar dessutom att jag kommer att spela på ett sådant sätt att det blir svårt men inte omöjligt för barnet att vinna. Varje sådan vinst resulterar i en extra portion godis. Sålunda motiverad

kommer min sjuåring att spela, och spela för att vinna. Så länge det är enbart godiset som lockar spelar det för barnet ingen roll om det fås genom ärligt spel. Kan man få godiset snabbare genom fusk så är det ett tillräckligt skäl att uppöva den konsten. Men, hoppas vi, en dag när vi den tidpunkt då barnet inser schackspelets värde av andra skäl än den yttre belöningen. Genom förvärvandet av en särskild analytisk förmåga, strategisk fantasi och intensiv koncentration får min sjuåring skäl inte bara att vinna vid ett tillfälle, utan att behärska och utveckla sig själv i relation till de krav som just schackspelandet ställer. Om barnet nu fuskar så bedrar hon eller han inte bara mig utan också sig själv. Barnet har fått erfarenhet av spelets interna värden.

Min tes är att allt vårdarbete innehåller ett liknande slags interna värden som har att göra med hur vårdgivaren relaterar sig själv till de krav och förväntningar som förmedlas genom arbetet. Det är fråga om värden som endast kan upplevas av de som tar del i samma erfarenhet, i samma projekt. Dessa interna värden är en förutsättning för att den enskilde vårdgivaren ska kunna integrera det goda livet för sin egen del som en del av det gemensamma goda. Det övergripande målet för människans liv är enligt den Aristoteliska etiken *Eudaimonia*. Vi översätter det ibland med lycka men det har blivit ett lite väl tillfälligt och urvattnat begrepp. John M Cooper har föreslagit en engelsk term "human flourishing" som bättre ger uttryck för innehållet (Cooper, s 89ff). I traditionell tolkning av Aristoteles har de moraliska dygderna uppfattats endast som medel att nå det goda livet, den högsta lyckan. För Aristoteles bestod detta yttersta mål i kontemplerationen. Den moraliska strävan var endast ett medel att nå det intellektuella livet. John Cooper och W F R Hardie har presenterat en tolkning som gör det möjligt att se de goda handlingarnas liv, de moraliska dygderna, som en del av det yttersta goda. I den senare delen av Nichomackiska etiken talar Aristoteles om kontemplerationen som ett dominerande ändamål, ett ändamål som överordnas alla andra mål. Enligt detta synsätt blir de moraliska dygderna en slags inövad praxis utan eget värde. En annorlunda tolkning innebär att vi uppfattar kontemplerationen som ett inkluderande ändamål där flera mål, varav en del också samtidigt medel, ingår. Det goda handlandet har ett värde i sig (NE 1140b 6-7) men är samtidigt medel att nå det fulla blomstrandet som människa. Det goda vi gör i vårdens vardag har ett värde i sig och är en del av det yttersta goda. *Eudaimonia* är det goda li-

vet för en människa sett över en längre period, "en svala gör ingen sommar" (NE 1098a18-20), och innefattar både *praxis* och *theoria*.

Praktisk visdom - *phronesis*

Aristoteles talade både om moraliska och intellektuella dygder. En av de intellektuella dygderna, *phronesis*, såg han som en nödvändig förutsättning för utövandet av de andra dygderna. *Phronesis* är den dygd som är inblandad i övergången från det universella till det singulära, från principen till patienten. Det gäller valet av handling i den specifika situationen. Den är ett slags, genom erfarenhet uppövat, praktiskt vetande om "det allmänna (det goda som mål) inriktat på den bestämda, särskilda situationen, alltså på det föränderliga" (Grön, s 294). Det goda vi söker ska konkretiseras i den situation vi som handlande står i. Vad är gott för denna människa i denna situation? Medelvägen är alltid medelväg i en bestämd situation. Denna medelväg, säger Aristoteles, uppfattas inte genom förnuftigt resonerande utan genom perception (NE 1109a4ff, 1142a7f). *Phronesis*-begreppet hos Aristoteles bjuder på en rad tolkningssvårigheter. Det är klart att denna dygd uppövas med praktisk erfarenhet av att fatta moraliska beslut. Det kan inte finnas hos en ung människa eftersom den framförallt har att göra med det partikulära, dvs sådant som vi blir bekanta med genom erfarenhet. Det är en kunskap som inte lätt låter sig formuleras i vissa principer och regler. Universella principer och plikter är nödvändiga inslag i etiken men de kan inte specificera varje handling. I den specifika situationen krävs en kompetens att värdera moraliskt relevanta fakta, en "praktisk visdom om detaljer som återfinns hos de som haft särskilda erfarenheter" (Ross, s 219). Den varseblivning det här är fråga om handlar inte om att nyttja ett särskilt sinne utan om att vara lyhörd för de individuella fakta som är unika för just denna människa. Det är fråga om en uppmärksamhet som tar flera sinnen i anspråk.

Jag vill föreslå ett tolkningsalternativ som kan täcka in en del av *phronesis*-begreppet genom att anknyta till utvecklingspsykologen Carol Gilligans forskning. Hon talar också i psykologiska termer som varseblivning, perspektiv m m, men det är inte fråga om att upptäcka nya etiska principer. Gilligan uppmärksammar det faktum att etiska bedömningar hänger så att säga aldrig fritt i luften, vi intar alltid olika orienteringspunkter vid bedömningen av ett etiskt problem. I en rad empiriska

studier har Gilligan undersökt hur moraluppfattningar utvecklas hos olika individer och bl a kommit fram till att män och kvinnor använder olika strategier vid bearbetningen av etiska problem (Gilligan 1982, 1988). Hon fann det besynnerligt att Lawrence Kohlberg och Jean Piaget i tidigare forskning om moralutveckling byggt sina teorier på ett urval bestående av enbart pojkar. Gilligan antog att man kanske missat något väsentligt genom detta begränsade urval och gjorde nya empiriska studier, nu med både pojkar och flickor representerade. Hennes resultat visade att pojkarna och flickorna i undersökningarna använde olika strategier vid bearbetningen av etiska problem. Pojkarna anslog ett rättviseperspektiv och ordnade problemet som en konflikt mellan olika rättigheter medan flickorna främst såg problemen ur ett omsorgsperspektiv. Flickorna utgick från en relationsnorm som grund för sin bedömning, att relationer innebär att ta ansvar för och omsorg om andra. Deras strategi gick ut på att försöka bevara sin egen identitet, ta sina egna behov och önsknings på allvar, utan att bryta sönder relationen med andra.

Gilligan menar att den mogna människans strategi i etiska bedömningar kännetecknas av en förmåga att byta perspektiv, att försöka beskriva problemen utifrån olika orienteringspunkter. Hon menar att vi organiserar de grundläggande elementen i en etisk bedömning, själv, den andre, relationen, på olika sätt beroende på att vi har olika grundläggande erfarenheter och förväntningar. Den psykologiska bakgrunden till de olika perspektivvalen har att göra med två grundläggande behov i vår utveckling, behovet att vara fri och oberoende och behovet att vara älskad och infogad i en relation. På basis av grundläggande upplevelser och förväntningar av dessa slag tenderar vi att beskriva det etiska problemet på olika sätt. Gilligans poäng är inte att omsorgsperspektivet ska ersätta en strategi som bygger på rättigheter och universella principer. En mogen moraluppfattning förmår hålla samman de båda perspektiven. Det bör väl också tilläggas att Gilligan ser skillnaden i strategi ur ett tematiskt perspektiv och inte som en essentiell skillnad mellan könen. Gilligans forskning kan tjäna som en uppmaning att inte alltför snabbt söka svaren bland de universella principerna.

Vi måste också diskutera hur det etiska problemet egentligen ser ut, det problem på vilket vi ska tillämpa våra principer

Vi glömmer ibland att patienten är en rik källa till livserfarenhet och kunskap om människan och hennes väl

Vi måste också diskutera hur det etiska problemet egentligen ser ut, det problem på vilket vi ska tillämpa våra principer.

Kunskap om människan

Det tycks vara så att *phronesis* kan tränas till en större träffsäkerhet i bedömningen av individuella fakta. En del av denna träning kan säkert ske genom att vi lyssnar till och diskuterar olika fallbeskrivningar inom vårdetiken. Vi kan i samband med sådana diskussioner lära oss av andra med längre erfarenhet. Både Kant och Aristoteles markerar det goda exemplets föredöme. Tankarna går oftast till äldre kollegor, läkare eller sjuksköterskor, som goda karaktärsexempel. Vi glömmer ibland att patienten är en rik källa till livserfarenhet och kunskap om människan och hennes väl.

Det goda exemplet hjälper oss emellertid endast en bit på vägen. Om vår behandling och vårt bemötande av en patient skall vara till godo för henne i enlighet med vad hon själv uppfattar som gott, eller, beroende på grad av beslutskompetens, i hennes bästa intresse, krävs kunskap av olika slag. Kunskap som vårdgivaren själv besitter. En del av denna kunskap handlar om att skilja mellan de väl övervägda reaktioner en patient kan uttrycka i slutfasen av sin sjukdom med den mer panikartade reaktionen man kan se hos en patient som just fått beskedet att hon har en livshotande sjukdom. Här handlar det både om att påpeka att det kanske vid just denna sjukdom finns goda behandlingsmöjligheter eller resurser för smärtlindring, samt att ha insikt i de psykologiska förlopp eller livsåskådningsmässiga reaktioner som är förknippade med dessa livssituationer. Att, som Elisabeth Kübler-Ross skriver, veta när en patient ger upp "för tidigt", när vi känner att en smula ansträngning från hennes sida kombinerad med medicinsk hjälp skulle kunna ge henne en chans att leva längre. Att kunna skilja detta från det försoningens stadium, när vår önskan att förlänga patientens liv ofta strider mot hennes önskan att få dö i frid och stillhet.

Anna hade fått behandling för sin skelett-cancer under en längre tid. Hon hade gått igenom döendets olika stadier från förnekandet, vreden, köpsläendet med tiden till det stadium av accepterande då hon varken var

deprimerad eller vred över sitt "öde". Hon domnade stundtals bort och talade inte längre men hennes anhängiga och läkaren hade ändå en kontakt med henne. Hon visade vad hon ville genom att knipa ihop munnen och vägra äta. Läkaren respekterade hennes beslut och hon dog stilla efter ett par dagar. Det måste till sist vara patienten som avgör hur länge hon vill bli behandlad eller utsätta sig för en plågsam behandling, när hon vill ge upp, när hon vill att vi ska sluta behandla. I vårdgivarens etiska kompetens måste finnas, en genom erfarenhet uppövad, fingertoppskänsla att varsamt diskutera med patienten och med olika sinnen ta in information om hennes situation. Kanske kan vårdgivaren då med större tillförsikt trappa ner den behandling som man på medicinska grunder redan upplever som "onödigt". Att för egen del ha bearbetat upplevelser och tankar inför döden torde vara en viktig komponent i denna särskilda etiska kompetens för vårdgivare.

Kunskap om människors väl

En del av den kunskap det här är fråga om är objektiv i den mening att den vilar på empiriskt prövbara teorier om människan. I den etiska bedömningen finns faktakunskap från psykologi och sociologi som blir nödvändiga inslag för att hitta fram till en behandling som är i överensstämmelse med patientens bästa intresse. Det räcker emellertid inte med förtrogenhet på dessa kunskapsområden. Vi måste i den etiska bedömningen ta med också sådant som hör till människosynen, dvs uppfattningar om människan som innehåller normativa antaganden och därmed inte är empiriskt prövbara. Anders Jeffner har som ett centralt element i en människosyn benämnt åsikter om vad som tillhör människans väl, vad det goda mänskliga livet innehåller (Jeffner, s 30ff). Jeffner utgår från att det är människans behov som är avgörande för frågan om hennes välbefinnande. Han menar att det är ganska okontroversiellt att varje människa måste få sina grundläggande behov av mat, kläder och elementära kontakter uppfyllda för att livet ska vara bra. När det kommer till andra behov finns en rad olika värderingsprofiler bero-

Vi måste i den etiska bedömningen ta med också sådant som hör till människosynen, dvs uppfattningar om människan som innehåller normativa antaganden och därmed inte är empiriskt prövbara

ende på hur man värderar sådant som hälsa, ägande, gemenskap, sex, skapande, jämlikhet, arbete och gudsrelation. När det gäller den relativa värderingen av dessa komponenter finns det flera mer eller mindre tydliga ideologiska eller livsåskådningsmässiga profiler. Jeffners analys är endast en inledning till en mer fullständig analys av olika element i en människosyn.

James Griffin har mer ingående diskuterat frågorna om människans väl (Griffin 1986). Enligt Griffin finns det skäl att fråga sig om det är en människas objektiva behov eller hennes informerade önskan som vi bör tillfredsställa. Ibland måste vi också gå bakom talet om önskningar och behov för att se vad de egentligen har för betydelse i en människas liv. Detta är nödvändigt om vi ska kunna efterfölja plikten att göra gott mot en patient i enlighet med vad hon själv uppfattar som gott. Griffin hävdar att de flesta behovsmodeller är för rigida. Vi måste införa en form av flexibilitet genom att fråga hur viktigt, eller vitalt eller bådadera ett grundläggande behov är i ett specifikt fall (Griffin s 51).

Det kan också i vissa fall vara rätt att följa en persons uppriktiga önskan istället för att svara mot hennes objektiva grundläggande behov. Om min son är handikappad och säger att han hellre vill ha en utbildning i filosofi än få hjälp med rullstol och rullstolslift, och jag förstår att han vet vad valet innebär, så bör jag använda mina resurser enligt hans vilja. Hans värderingsprofil skulle förvisso skilja sig från flertalets men han själv skulle finna okunskap mer handikappande än sina dåliga ben.

Exemplet (ur Griffin, s 46) är måhända för extremt för att passa till normala vårdsituationer men frågan är hur pass "normal" en specifik vårdsituation är. Det är inte alltid alldeles givet att det är de objektiva, grundläggande behoven som bör styra våra handlingar till patienters fromma. Praktisk visdom för en besluts-kompetent människa innebär förmåga att rätt döma om sitt eget välbefinnande, liksom om hur man bäst ska uppnå detta mål. När beslutskompetensen minskar hos patienten ökar ansvaret på vårdgivaren att rätt förvalta patientens intresse i detta avseende. En viktig ingrediens i vårdgivarens etiska kompetens blir därför att vara tillräckligt orienterad i frågor som rör människans väl och förekomsten av olika värderingsprofiler. Åtminstone så pass insatt att ämnets komplexitet är uppfattad.

Slutord

Som vi har sett finns det en rad olika komponenter i det som vi med ett gemensamt namn kan kalla vårdgivarens

etiska kompetens. Det är väl få vårdgivare förunnat att få tid för några djupare moralfilosofiska studier men en viss förfarenhet med principiella resonemang torde vara svårt att klara sig utan. Det finns också en rad aspekter om detta med vårdgivarens egna kvaliteter och erfarenheter som bör lyftas fram inom vårdetiken. Det ropas ibland på mer regler för sjukvården, och det kommer förvisso ständigt nya regler, råd och rekommendationer. Kant och Aristoteles insåg båda faran i ett rutinmässigt applicerande av olika regler på konkreta situationer. Ibland har vi i vår iver att tillvarata vissa moraliska värden alltför hårt detaljreglerat en verksamhet och litat för lite på vårdgivarens eget omdöme. Vi måste till sist ändå ha förtroende för den enskildes förmåga att fatta kloka moraliska beslut. Om vi måste forma regelverk för sjukvården, och en del regler kommer vi inte undan, så bör vi åtminstone se till att ge de som ska sköta regelböckerna möjlighet att använda sitt omdöme och bryta reglerna när så behövs.

REFERENSER

- Andersson S-O (red): Lidandet och makten. Förlagshuset Gothia, Stockholm 1990.
- Aristotle: The Nichomachean Ethics, övers. David Ross. Oxford Univ Press 1925.
- Cooper J M: Reason and Human Good in Aristotle. Harvard Univ Press, Cambridge Mass 1975.
- Gilligan C: In a different voice. Harvard Univ Press, Cambridge Mass 1982.
- Gilligan C (ed): Mapping the Moral Domain. Harvard Univ Press, Cambridge Mass 1988.
- Griffin J: Well-being. Clarendon Press, Oxford 1986.
- Grön A: Praktisk viden og fortolkning, Studier i antik og middelalderlig filosofi og idéhistorie. Köpenhamn 1980.
- Hardie W F R: The Final Good in Aristotle's Ethics, *Philosophy*, 40, 1965:277-295.
- Jeffner A: Att studera människosyn. Tema T Rapport 21, Linköping 1989.
- Kant I: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten (GMS), Akademiförlaget Bd IV.
- Kant I: Metaphysik der Sitten, Tugendlehre (MdS), Ak Bd VI.
- Kübler-Ross E: Samtal inför döden. Bonniers, Stockholm 1977.
- Lindqvist K, Grip G: Att mötas i vården. Natur och Kultur, Borås 1991.
- MacIntyre A: After Virtue. 2:a uppl, Duckworth, London 1985.
- O'Neill O: Constructions of Reason. Cambridge Univ Press, New York 1989.
- O'Neill O: Children's Rights and Children's Lives. *Ethics* Vol 98, No 3, April 1988.
- Ross D: Aristotle. (5:e uppl). Methuen & Co LTD, London 1953.
- Thorburn S: Människovärde och människosyn ur en långvårdsläkares perspektiv, i Lidandet och makten, se Andersson.
- Wright von G H: The Varieties of Goodness. Routledge & Kegan Paul, London 1963.