

Medicinska etikens ABZ

Niels Lynöe & Niklas Juth

Medicinska etikens

ABZ

ISBN 978-91-47-41340-0
© Författarna och Liber AB

PROJEKTLEDARE Christina Brynolfsson
REDAKTÖR Elisabeth Åman-Davis
GRAFISK FORMGIVNING Nette Lövgren
ILLUSTRATIONER Niels Lynöe, Institutionen för lärande, informatik, management
Karolinska Institutet, 171 77 Stockholm
Stockholms center för hälso- och sjukvårdsetik

Första upplagan 2009

1

REPRO Repro 8 AB, Nacka
TRYCK ????

KOPIERINGSFÖRBUD

Detta verk är skyddat av upphovsrättslagen. Kopiering, utöver lärares rätt att kopiera för undervisningsbruk enligt BONUS-avtal, är förbjuden. BONUS-avtal tecknas mellan upphovsrätsorganisationer och huvudman för utbildningsanordnare, t.ex. kommuner/universitet.

Den som bryter mot lagen om upphovsrätt kan åtalas av allmän åklagare och dömas till böter eller fängelse i upp till två år samt bli skyldig erlägga ersättning till upphovsman/rättsinnehavare.

Liber AB, 113 98 Stockholm
tfn 08-690 92 00
<http://www.liber.se>
Kundservice tfn 08-690 93 30, fax 08-690 93 01
e-post: kundservice.liber@liber.se

FÖRORD DEN GRÄNSLÖSA ETIKEN

DET HAR DRÖJT LÄNGE innan den medicinska etiken fått sin rättmätiga plats i läkarutbildningen. Detta trots att etiska dilemman i vård och forskning inte precis är något nytt. Den Hippokratiska läkar-eden är 2 400 år gammal och alltsedan andra världskriget har de olika läkarorganisationerna stadfäst etiska regler. Trots detta är medicinsk etik ännu inte helt etablerat med egna tjänster vid samtliga medicinska fakulteter i Sverige. Hur kan denna senfärdighet komma sig, trots att vi så gott som dagligen får läsa i pressen om konflikter kring aborter, stamceller, gentester eller dödshjälp?

Jag tror fördröjningen har åtminstone fyra orsaker: att medicinsk etik är en tvärvetenskap där det gäller att få filosofer och medicinare att fungera ihop, att det religiösa inflytandet länge varit starkt och att gränsdragningen mellan fakta och värdering ibland kan tyckas hart när omöjlig. Och för det fjärde att politikerna gärna håller ifrån sig frågor som väcker starka känslor och som kan provocera väljarna.

Etik, eller moralfilosofi, är en del av vad som i Sverige kallas praktisk filosofi, ett sedan länge etablerat ämne. Filosofin hämtar ofta sina exempel ur verkliga livet, men söker framför allt, med all den logiska skärpa den besitter, formulera vägledande principer giltiga i tänkta situationer. Till skillnad från medicinen har universitetsfilosofin inte haft någon ”klinik”. Man ställs inte inför svåra ställningstaganden i akuta situationer eller tvingas fatta beslut av ibland livsavgörande betydelse för enskilda, namngivna människor.

Filosofins och medicinens olika villkor är ett mindre problem när det handlar om medicinsk forskning. Vad som bör vara tillåtet när mänskliga försökspersoner är inblandade är numera strikt reglerat och sådan forskning måste

godkännas av en etikprövningsnämnd. Då finns tid för diskussion. Den svaga punkten i regelsystemet har hittills varit vem som ska utreda misstänkt forskningsfusk. Problemet tycks dock vara på väg mot sin lösning, som går ut på att granskningen görs av en fristående myndighet.

Om någon egentlig kulturkrock inte behöver uppstå mellan filosofi och medicinsk forskning, kan det te sig annorlunda med den kliniska medicinen. Svåra ställningstaganden på kliniken kan i bästa fall diskuteras i någon etisk församling, men ofta finns inte tid till detta. I stället kan den ansvariga läkaren tvingas fatta beslut på egen hand, kanske under tidsbrist och inte alltid på ett fullgott beslutsunderlag. Ofta kolliderar etiska principer med varandra. Bör man ta risken att genomföra en större kanske farofylld operation på en äldre patient, som kanske, om operationen lyckas, får leva ännu ett år eller två? Bör livskvalitet gå före livslängd? Bör en ung person som försökt ta livet av sig mot sin vilja tvångsintas? I klinikens vardag får varje beslut – också att inget göra – direkta konsekvenser för en medmänniska.

Medan läkare kan tycka att filosofer har dålig kännedom om sjukvårdens villkor och gärna teoretiserar, kan filosofer å sin sida anse att läkare är obevandrade i etikens principer och inte förmår föra filosofiska resonemang på tillräckligt hög nivå. Denna motsättning har gjort att man ofta sett med misstänksamhet på varandra. Det har blivit särskilt tydligt vid tillsättningen av professurer i medicinsk etik. Medicinerna förordar helst en erfaren läkare med vidareutbildning i etik, medan filosoferna tycker att befattningen i första hand kräver doktorsexamen i filosofi. Men denna motsättning går att överbrygga. Avgörande är att båda kompetenserna finns i institutionens ledning – sedan kanske det inte

är så avgörande just vilken bakgrund professorn i ämnet har.

När jag ovan påstod att etik är en del av den praktiska filosofin var det inte helt sant: också inom de teologiska fakulteterna och högskolorna utbildar man i etik, ibland i något som kallas kristen etik. Jag vill inte förringa de stora insatser i vården som görs inte minst av sjukhuspräster. Men samtidigt måste man inse att förhållandet mellan religion och medicin är problematiskt. Många med teologisk bakgrund är väl medvetna om detta. Andra är det inte. Det är ju ingen hemlighet att vissa samfund, som katolska kyrkan, är mycket aktiva inom den medicinska etiken. Allmänt känt är ju påvens motstånd mot preventivmedel, aborter och dödshjälp. Risker med religionens inflytande är benägenheten att – också då det finns starka rationella argument mot – hålla fast vid en regeetik, där vissa frågor helt enkelt inte får finnas på dagordningen.

Kan studier av naturen tala om för oss hur vi bör agera? Hur ska man se på förhållandet mellan fakta och värdering? Tumregeln säger att fakta kan beläggas eller motbevisas, medan värderingar inte går att bevispröva. Regler och normer får man komma överens om, eller, om man tror på högre makter, söka svaret där. Allt medan biologin så att säga puttrar på. Evolutionen har inget mål och ingen moral. Biologin visar inga skyltar där det till exempel står ”här börjar livet” eller ”här slutar livet”.

Hjärtdöd och hjärndöd är mänskliga hjälpkonstruktioner. I efterskott kan vi konstatera det dödsfall som redan ägt rum, men inte exakt när det hände eftersom kroppens organ överlever ett hjärtstopp olika länge. Samma problem vidlåter livets början. Många menar att tillfället när spermien tränger in i ägget och celldelningen tar fart är att räkna som det individuella

livets början. Men några steg senare kan ägget splittras och vi får två individer i stället för en. Liknande gränsproblem leder ofta till segslitna diskussioner inom den medicinska etiken.

Det finns också ett antal honnörssord såsom människovärde eller människosyn vilka gärna kommer till användning i högtidstal och politiska utspel. Ofta används begreppen då som om det vore en gång för alla givet vad honnörorden står för. Men så är det ju inte; det finns ingen konsensus kring hur människovärde bör definieras.

Till sist något om politik och medicinsk etik. Medan andra politiska frågor, som ekonomi, brukar följa partilinjerna, gäller det inte alltid medicinsk etik. När frågan om hjärnrelaterade dödsbegrepp behandlades av riksdagen ansågs problemet så känsligt att ledamöterna fick rösta efter eget samvete. En annan aktuell och viktig fråga som belyser den politiska hanteringen är eutanasi, dödshjälp till obotligt sjuka. En majoritet av tillfrågade svenskar har i flera opinionsundersökningar visat sig positiva till dödshjälp – medan folkets representanter i riksdagen inte ens vågar tillsätta en utredning om frågan.

Det är glädjande att den medicinska etiken nu långt om länge börjar få det utrymme i vårdutbildningarna den förtjänar. Men det räcker inte med föreläsningar om principer och seminarier kring enskilda fall, utan det måste också finnas uppdaterad och lättillgänglig litteratur. Den uppslagsbok som här föreligger är därför ett mycket välkommet och ambitiöst bidrag till förståelsen av den medicinska etiken – ett område som faktiskt blir mer spännande ju längre man sysslar med det.

P.C. Jersild

INTRODUKTION

DEN PEDAGOGISKA uppläggnings av föreliggande skrift är inspirerad av de danska sexologerna Inge och Sten Hegelers bok *Kärlekens ABZ*. Deras bok var alfabetiskt uppbyggd med små berättelser och exempel i kombination med lexikala definitioner inom det sexologiska området. På liknande sätt har vi försökt att med både text och illustrationer presentera och problematisera fenomen, begrepp och teorier med relevans för medicinsk etik.

Första titeln till boken som skulle bli *Kärlekens ABZ* var faktiskt *Kärlekens ABC*. Men en *ABC*-bok antyder att det är en bok för nybörjare. Eftersom boken var ämnad även för dem som redan hade erfarenheter i kärlekskonsten kunde referensen till *ABC* ge upphov till fel associationer. Vem vill köpa en bok för nybörjare inom ett område där de flesta gärna vill framstå som erfarna och skickliga? Det var då man kom på idén att i stället använda bokstavskombinationen *ABZ*. Med tanke på att *Z* är sista bokstaven i engelska alfabetet kunde man härmed förmedla att det var en bok inte enbart för nybörjare.

Parallellen till medicinsk etik är närliggande. Det finns många som jobbar inom sjukvården som varit verksamma länge och som genom egen långvarig erfarenhet lärt sig att hantera även svåra etiska problem och dilemman utan att i sin utbildning lärt sig något om medicinsk etik. Men alla är inte naturbegåvningar och det kan därför vara bra att ha en lärobok att ty sig till då man vill utveckla, förbättra och förfina sitt etiska förhållningssätt. Ett etiskt förhållningssätt är ett av målen för flera olika yrkesutbildningar inom sjukvården och innebär att man har både kunskap och färdigheter för att kunna resonera och reflektera. Att som lärare eller behandlare proklamera att ”så har vi alltid gjort här” inbju-

der inte direkt till en dialog med en undrande student eller patient. Medicinsk etik handlar om att kunna ge skäl för ett visst handlande och det är därför problematiskt att enbart hänvisa till gamla rutiner.

Syftet med denna bok är i första hand att den ska kunna fungera som undervisningslitteratur i medicinska utbildningar som innefattar medicinsk etik, men också i andra utbildningar med inslag av medicinsk etik. Men den ska även kunna attrahera läsare med lång erfarenhet av medicinsk-etiska problemställningar, som vill kunna sätta ord på hur man resonerar och fattar beslut. Kraven om öppenhet i frågor om exempelvis prioriteringar samt redovisning av egna värderingar förutsätter också ett visst mått av kunskaper om etiska begrepp och teorier. I denna bok förmedlas en del av den kunskapen. Även en intresserad allmänhet, berörda administratörer och sjukvårdspolitiker kan vara intresserade av sådana kunskaper. Precis som den medicinska kunskapen inte längre har status av yrkeshemlighet (som på Hippokrates tid), är inte heller den medicinska etiken längre förborgad. Medicinsk-etiska frågor berör mer eller mindre alla människor, och vår förhoppning är att vår bok ska kunna vara med att demokratisera den medicinsk-etiska diskussionen.

Medicinsk etik kan definieras som en forsknings- och undervisningsdisciplin som kritiskt, historiskt, empiriskt och analytiskt studerar etiska aspekter inom hälso- och sjukvård samt medicinsk forskning. Detta sätt att definiera medicinsk etik avspeglas också i föreliggande presentation. Det kommer sålunda att finnas både historiska, empiriska och analytiska aspekter på medicinsk-etiska frågeställningar och argumentation inom både det forskningsetiska och kliniskt etiska området.

Avgränsningen mellan etiska och vetenskapsteoretiska aspekter är inte skarp. Diskussionen om vad som är fakta och värderingar går inte alltid att hålla isär och de typer av argumentationer som används inom vetenskapen skiljer sig inte alltid från den etiska argumentationen. Också diskussionen om vad som är dålig forskning respektive forskningsfusk aktualiserar både vetenskapsteoretiska och etiska aspekter.

Även om det ibland kan vara svårt att skilja fakta och värderingar – ibland kan värderingar framställas som om de var fakta – så har vi i föreliggande text också försökt att lyfta fram vissa faktaaspekter om exempelvis sjukdomar, diagnoser, personer etc. när dessa fakta har speciell relevans för de etiska resonemangen. Ord som är markerade med kursiv i texten, exempelvis *grå zon*, visar att ordet också finns med som uppslagsord.

Ibland finns referenser till litteraturen direkt i anknytning till en text, men i den omfattning texten baseras på allmänna uppfattningar eller handböcker (Nationalencyklopedin eller olika filosofiska, bioetiska lexikon och medicinska uppslagsverk) inom området finns inga hänvisningar i texten. Några av illustrationerna är inspirerade av Ted Cohens bok *Philosophical thoughts on joking matters* – se referenslistan.

Medicinsk etik är i dag ett inslag i flera utbildningar i Sverige. Vår ambition har varit att boken ska uppnå en sådan bredd att den kan användas oavsett utbildningens mer specifika

inriktning. Följaktligen finns här sådant som är av intresse för läkarstudenter, sjuksköterskestudenter, folkhälsostudenter, forskarstudenter och filosofistudenter, för att nämna några exempel. Exempelvis kan en barnmorskestudent vara särskilt intresserad av assisterad reproduktion, en folkhälsostudent av mer storskaliga etiska problem som återfinns under prioriteringar och genetisk screening, en forskarstudent av CUDOS-normer för forskning eller en filosofistudent av mer principiella överväganden vad gäller önskeuppfyllelseteorin och vården. Bokstavsordningen gör det enkelt för läraren att göra det urval av artiklar som passar just hans eller hennes kurs. Innehållet utgörs inte i första hand av lexikala definitioner, utan oftast av resonerande och inte sällan fallillustrerade artiklar anpassade för undervisning. Vi har själva använt utdrag ur boken på ett flertal utbildningar vid Karolinska institutet och Umeå universitet. Flera personer har kommenterat och haft synpunkter på texten. Vi vill speciellt tacka Tuulikki Bylund, Marie Dahlin, Solvig Ekblad, Ingemar Engström, Stefan Eriksson, Kerstin Hagenfeldt, Charlotte Hedberg, Sten Hegeler, Rurik Löfmark, Mikael Sandlund, Folke Tersman och Jan Wahlström. Detta innebär inte att vi därmed avsäger oss ansvaret för innehållsmässiga felaktigheter.

Stockholm, juni 2009
Niels Lynöe
Niklas Juth

A

Abduktion är en form av baklängesresonemang som har speciell betydelse vid hypotesgenerering. Innan vi kommer in på det abduktiva resonemangets struktur kan det vara på sin plats att redan här vara uppmärksam på att abduktiva resonemang ofta används både när man utvecklar hypoteser och berättar en vits, som exempelvis i följande historia. En man hade problem med skallighet och sökte sin läkare. Det var innan det fanns läkemedel mot vissa typer av skallighet och läkaren hade därför inget att erbjuda patienten. Då patienten bad läkaren om ytterligare ett tips eller ett helt ovetenskapligt råd, berättade läkaren att man i gamla dagar sa att det hjälpte om man placerade huvudet mellan en kvinnas ben. Glad gick mannen hem och fick strax med sig sin fru på idén och efter en månad hade håret växt ut helt. Paret beslutade sig för att fira det goda resultatet genom att gå på teater och råkade hamna precis bakom en herre som var helt skallig. Fruen tänkte att

hon ville tipsa honom om den vällyckade kuren och vidrörde den skalliga mannen på axeln. När han vände sig om visade det sig att han hade ett stort helskägg och det enda frun fick fram var då: Nå ni är nog en riktig snuskhummer! Se vidare *humor*.

Fruns reaktion utgår från följande generella antagande:

Det gäller alltid att på hud som varit i kontakt med en kvinnas kön växer det ut hår (premiss 1).
Den skallige mannen har ett stort helskägg (premiss 2).

Alltså: den skallige mannens ansikte har varit i kontakt med en kvinnas kön (slutsats).

Slutledningsproceduren leder i motsats till *deduktion* inte till att slutsatsen är logiskt giltig även om premisserna är sanna. Ett *deduktivt* resonemang däremot leder till följd av strukturen på resonemanget (slutledningsproceduren) fram till en korrekt slutsats under förutsättning att premisserna är sanna. Ett deduktivt resonemang skulle ha sett ut på följande sätt:

- 1) Det gäller alltid att på hud, som varit i kontakt med en kvinnas kön, växer det ut hår.
- 2) Den skallige mannens ansikte har varit i kontakt med en kvinnas kön.

Alltså: det har växt ut hår (skägg) i den skallige mannens ansikte.

Under förutsättning att båda premisserna är korrekta (vilket de inte är i detta exempel) är



slutsatsen korrekt. Den formella strukturen i det deduktiva argumentet ser ut på följande sätt:

- 1) Det gäller alltid att om P så Q.
- 2) P

Alltså: Q

Vid ett abduktivt resonemang ändrar man på strukturen och hävdar följden i andra premissen eller om man vill: man resonerar baklänges.

Det gäller alltid att om P så Q.

Q

Alltså: P

Det abduktiva resonemanget är på grund av slutledningens struktur (i motsats till det deduktiva) inte giltigt, men icke desto mindre kan ett abduktivt resonemang vara till hjälp då det gäller hypotesgenerering. Inom medicinen finns en rad exempel på hur abduktiva resonemang har lett till intressanta hypoteser, vilket följande visar:

Om forskningsfusk föreligger så är resultaten ofta för bra.

De aktuella resultaten är för bra.

Alltså: Hypotes/misstanke om forskningsfusk.

Det finns som anförts inga logiskt tvingande skäl till de abduktivt dragna slutsatserna, men hypoteserna kan vara intressanta att undersöka empiriskt. Ett intressant exempel på resultat som var för bra, var den engelska psykologen Cyril Burt som studerade arvets och miljöns betydelse för intelligensen. Han studerade vid tre tillfällen enäggstvillingpar som växt upp tillsammans respektive separerade. Burt presenterade resultat som visade korrelationskoefficienter som var identiska med tre decimalers precision.

Burt drog slutsatsen att mer än 80 % av intel-

	1955	1958	1966
Separerade tvillingpar (antal)	21	> 30	53
Korrelationskoefficient IQ	0,771	0,771	0,771
Tvillingpar uppväxta tillsammans	83	*	95
Korrelationskoefficient IQ	0,944	0,944	0,944

* Uppgift saknas.

ligensen beror på ärftliga faktorer, vilket fick stor betydelse för hur man inrättade skol- och fängelseväsendet. Statistiskt sett är dessa resultat dock osannolika, dvs. de var för bra, och kritiker började av den anledningen att granska Burts forskning noggrannare. Det visade sig då att han under en viss tid varit ensam chefredaktör för den vetenskapliga tidskrift i vilken han publicerat sina fynd. En annan författare, som kommit fram till liknande resultat och på så sätt stödde Burts slutsatser, hade också publicerat sina fynd i den aktuella tidskriften, men författaren visade sig sedan inte existera i verkligheten och eftersom arbetet publicerades i den tidskrift där Burt var chefredaktör misstänker man att det var Burt själv som skrivit det aktuella arbetet.

Ett annat exempel på ett abduktivt resonemang är följande:

Om det uppkommer en forskningsetisk skandal så följer nya forskningsetiska riktlinjer.

Det har kommit nya forskningsetiska riktlinjer.

Alltså: Det har ägt rum en forskningsetisk skandal.

Om man tittar på tillkomsten av de forskningsetiska riktlinjer som formulerades 1947 i den s.k. Nürnbergkoden, samt i Helsingforsdeklara-

tionen från 1964 (med senare revideringar), så finner man att det en tid innan hade inträffat några allvarliga forskningsetiska skandaler som mer eller mindre direkt påverkat tillkomsten av riktlinjerna. År 1988 återupptäcktes de s.k. Reichsrichtlinien zur Forschung am Menschen som hade formulerats redan 1931. Det var forskningsetiska riktlinjer som framtagits i Weimarepublikens Tyskland, och som visade sig vara betydligt mer detaljerade och långtgående än exempelvis Nürnbergkoden som dittills hade ansetts vara de första forskningsetiska riktlinjerna någonsin. Däremot var det inte klart vad som låg bakom tillkomsten av Weimarepublikens Reichsrichtlinien. En abduktiv härledd hypotes kunde vara att det förelåg en skandal eller affär som grund för Reichsrichtlinien. Och efter en närmare historisk granskning visade det sig vara ett korrekt antagande. Riktlinjerna var bland annat en följd av att medicinska forskare i Lübeck hade använt barn vid experiment rörande vaccin mot tuberkulos. Många barn dog till följd av experimentet. Se vidare *Reichsrichtlinien* och *ex-juvantibus behandling/diagnostik*.

LITTERATUR: Föllesdal et al. 2001, Johansson et al. 2008, Judson 2004.

Abort innebär ett avbrytande av en pågående graviditet. Avbrytandet kan antingen ske *spontan*/naturligt eller kan provoceras fram. Man räknar med att en stor del graviditeter avbryts spontant både mycket tidigt och även i sällsynta fall relativt sent. De tidiga spontana aborterna uppfattas många gånger av kvinnan som en lätt försenad och kanske lite rikligare menstruation, medan de som äger rum senare, exempelvis i vecka 7 och framåt, innebär att kvinnan nästan alltid upptäcker det och söker hjälp med eventuell eftervård. Undersökningar av spontana aborter visar att fostret ofta är missbildat. En vanlig tidpunkt för spontan abort är vecka tio. Det finns de som tar detta till intäkt för att naturen på så sätt ger anvisningar om vad som bör vara tillåtet för människan, dvs. att i vissa fall göra som naturen genom att provocera fram en abort. Man talar om provocerad abort när en läkare, eller annan person, avbryter en graviditet

genom att ge medicin (medicinska aborter), eller installerar medikamenter eller instrument i livmodern och härigenom direkt eller indirekt dödar fostret.

Enligt svensk lag har en kvinna inom vissa tidsramar rätt till en provocerad abort och man talar då om *legal abort*, som är ett exempel på en lagstadgad *positiv rättighet*. Om kvinnan inte önskar att få barn så kan hon upp till vecka 18 begära legal abort. Om det finns speciella omständigheter, exempelvis missbildning eller kromosomavvikelse (se också *selektiv abort*) eller andra speciella förhållanden som kan göras gällande, kan man efter särskild prövning i undantagsfall genomföra en abort upp till vecka 22. I dag är det möjligt att inom neonatalvården hålla liv i ett foster utanför livmodern redan i vecka 23–25.

I länder där abort är tillåten kan ingreppet i dag genomföras under mycket trygghet förhållanden, speciellt om det görs tidigt och med medicinska metoder. Kirurgiskt genomförda ingrepp innebär alltid en liten risk för infektion och för att perforera livmoderväggen. I länder där abort inte är tillåten och där ingreppet genomförs illegalt finns alltid en risk för komplikationer eftersom aborten då ofta genomförs av icke professionella och under bristfälliga hygieniska förhållanden. Man räknar med att det dör tusentals kvinnor varje år till följd av illegalt genomförda aborter. Globalt räknar WHO med att det genomförs 30–40 miljoner legala aborter per år och mellan 10–20 miljoner illegala aborter per år. Man räknar med att det dör cirka 500 000 kvinnor i samband med graviditet och förlossning per år; i vissa områden beror dödsfallen på följderna av illegal abort. I syfte att förebygga konsekvenserna av de illegala aborterna argumenteras ofta för att kvinnor bör få genomföra abort legalt.

Som vuxen asylsökande och gravid har en kvinna bosatt i Sverige rätt till abort och gratis rådgivning om preventivmedel. Enligt siffror från Statistiska centralbyrån (SCB, 31 december 2006) är 16,7 % av Sveriges befolkning utlandsfödda. Siffran inkluderar personer som är utlandsfödda eller barn som har båda föräld-

rarna utlandsfödda. Därför är det relevant att även se hur andra världsreligioner ser på abort: Buddister vill ogärna gå med på abort om inte moderns liv är i fara. Hinduer, ortodoxa judar och personer tillhörande den syrisk-ortodoxa kyrkan motsätter sig abort utom i de fall då moderns liv är i fara. Den grekisk-ortodoxa kyrkan räknar med att från och med befruktningen är fostret som en fullvärdig individ och kyrkan avvisar i princip abort. Romersk-katolska kyrkan betraktar ett foster från befruktningssögonblicket som en mänsklig varelse, varför abort ses som att döda ett barn. Islam tillåter inte abort utom i de situationer då fara för moderns liv eller vissa andra extrema förhållanden föreligger, och ett foster ses som fullvärdig individ omkring femte veckan. Se i övrigt *abortetik*.

LITTERATUR: Carlberg 2004.

Abortetik är de etiska överväganden och argument som aktualiseras i samband med ställningstagandet för och emot *abort*. Exempelvis innefattas frågor om huruvida och i så fall när abort är försvarbart och huruvida och när abort bör vara legalt. I dag har kvinnan juridisk rätt att inom vissa tidsramar själv bestämma om hon vill genomföra eller avbryta graviditeten. Diskussionen om huruvida och när abort är berättigat förs ofta utifrån idéer om när i fosterutvecklingen som fostret har samma moraliska status som födda individer; man förutsätter då att födda personer har rätt att inte aktivt dödas. Frågan om när en individ får en sådan moralisk status formuleras olika i olika sammanhang: ibland som en fråga om när livet börjar, eller när fostret blir en person, när det blir en människa eller när det får ett människovärde. Vissa, exempelvis katoliker, hävdar att även det befruktade ägget har människovärde, dvs. redan innan det befruktade ägget fastnat i livmodern. Alternativt talar man om olika grader av skyddsvärde och om man talar om det befruktade ägget som en potentiell människa säger man sålunda att det har maximalt skyddsvärde från "befruktningssögonblicket" eller konceptionen.

Idéhistoriskt har det funnits olika betydelsefulla teorier om när ett foster ska betraktas som

en människa eller ha moralisk status. Enligt Platon är ett foster först att räkna som människa när det fötts och visat förmåga att överleva, alltså oberoende av i vilket skede av graviditeten det är frågan om. Platons uppfattning kan te sig oklar, då inte heller någon nyfödd torde ha särskilt stor förmåga att överleva utan hjälp. Kanske ska det tolkas som att fostret får människovärde när det är möjligt att rädda barnets liv utanför livmodern (ex uterus). I sådana fall kommer graden av människovärde att bero på nivån på neonatalvård. Senare kristendom har också haft en avvaktande inställning som kommit till uttryck i att ett barn döps först då det blivit ett halvt år gammalt och visat prov på överlevnadsförmåga. Enligt Aristoteles får fostret moralisk status då det börjar röra på sig i livmodern, då modern märker att det "sparkar" kring vecka 20.

Klart är att olika etiska utgångspunkter leder till olika slutsatser om abortens moraliska försvarbarhet och motivering. Skepsis mot abort brukar bygga på två premisser: Dels att befruktade ägg, fosteranlag eller foster har samma moraliska status som födda individer, dels att det alltid är fel att aktivt döda en varelse med denna moraliska status. Den förstnämnda premissen brukar försvaras med att ett befruktat ägg är en potentiell människa, åtminstone under vissa gynnsamma omständigheter. Värt att notera är att också obefruktade ägg är potentiella människor i denna mening, och de kan också utvecklas till människor under gynnsamma omständigheter (om de befruktas, får tillräckligt med näring i livmodern etc.). Idén om att konceptionsögonblicket är en icke godtycklig gräns är därmed mindre självklar än vad som ofta antas. Generellt hänger den andra premissen samman med mer grundläggande etiska principer av *pliktetiskt* slag eller om *livets helgd*.

Premissen att det alltid är fel att aktivt döda brukar emellertid tolkas olika starkt. Vissa tänker sig undantag under speciella omständigheter, i "självförsvar" om exempelvis moderns liv hotas av en fullföljd graviditet. En annan variant av denna uppfattning har formulerats inom den katolska traditionen. Det hävdas här att

abort bara får utföras om fostrets död är en förutsedd men inte avsiktlig bieffekt av att rädda kvinnan, men inte om fostret dödas direkt för att rädda kvinnan (se också *doktrinen om dubbla effekter*). Enligt detta resonemang skulle det alltså kunna vara moraliskt acceptabelt med en hysterektomi som leder till fostrets död, men inte att exempelvis stycka det födande barnet för att rädda kvinnan under en svår förlossning. I det sistnämnda fallet är ju dödandet av fostret något man avser att göra för att rädda kvinnan, medan fostrets död i det första fallet är en olycklig bieffekt av ett medicinskt ingrepp.

För *konsekvensetiskt* eller *utilitaristiskt* inspirerade idéer om abort blir det ofta än mer komplicerat. Generellt beror individens moraliska status inom den konsekvensetiska traditionen på dess egenskaper, exempelvis i vilken utsträckning det är en kännande varelse eller inte. På samma sätt som det är en både kvalitativ och kvantitativ skillnad på ett ekollon och en fullväxt ek, finns det också kvalitativa och kvantitativa utvecklingssteg som kan ha relevans för bedömningen av om en provocerad abort är moraliskt försvarbar (se nedan diskussion om fostrets skyddsvärde). Den första tvåveckorsperioden av celledelning kallas ofta grodd- eller blastemperioden (eller blastocystperioden) och i detta stadium vet vi inte vilka celler som blir till embryonalvävnad och vilka som blir till placentavävnad. Vi vet på detta stadium inte heller om det utvecklas ett embryo eller om det utvecklas flera. De första sex veckorna av utveckling kallas embryoperioden och den resterande tiden foster- eller fetalperioden. I slutet av embryoperioden är anlaget cirka 5 cm långt och liknar en människa i miniatyr. Neuralrörets utveckling och det fortsatta bildandet av hjärnan har i modern tid fått ökad betydelse eftersom man kan föreställa sig att fostret kan känna smärta, och enligt vissa skulle detta vara möjligt vid slutet av vecka 24. Allt eftersom graviditeten fortskrider ökar sålunda fostrets skyddsvärde. I stället för att tala om ett fosters eventuella moraliska status eller människovärde kan man tala om att fostret har skyddsvärde i och med att det inte kan skydda sig självt. Skyddsvärdet anses

vara stigande med avseende på ålder, dvs. att ett befruktat ägg har lågt skyddsvärde och foster som är nästan fullgångna (vecka 38) har högt skyddsvärde. Det centrala är här att skyddsvärdet är graderbart, vilket kan ses i kontrast till exempelvis katolska kyrkans syn där människovärdet inte är graderbart. Idén om det graderbara skyddsvärdet är i god överensstämmelse med våra nuvarande kunskaper om fosterutveckling och gränserna för den fria (provocerade) aborten. Enligt ett *hedonistisk-utilitaristiskt* resonemang skulle ett foster sålunda först få moralisk status som kännande individ kring vecka 25. Ibland får man dock göra avvägningar mellan hänsynen till fostret och exempelvis familjen. Också det faktum att fostret kan utvecklas till en människa med ett liv värt att leva är relevant för denna lära.

Det har dock också inom den judiska religionen funnits konsekvensetiska argument mot abort. Det fanns exempelvis en rabbin på 1600-talet som inte tyckte att själva abortingreppet var problematiskt, men om man skulle tillåta abort så skulle det kunna öppna slussarna för liderlighet och moraliskt förfall. Det religiösa motståndet mot abort kan möjligen även hänföras till en viss befolkningsgrupps intressen av att överleva, exempelvis det israeliska folket så som det beskrivs i Gamla testamentet. Villkoren för överlevnad var att det föddes så många barn som möjligt och därför blev inte bara abort, utan också onani och homosexualitet ett hot mot stammens fortbestånd. I modern tid har det, i samband med diskussionen om kris i befolkningsfrågan under 1930- och 1940-talets Sverige, funnits de som varit emot abort för de individer som har önskvärda ärftliga anlag samtidigt med att man argumenterade för abort (eller sterilisering) av dem som ansågs bära på mindre önskvärda anlag.

Även om frågan gällande det moraliskt berättigade i abort alltså är minst sagt komplicerad med konsekvensetiska utgångspunkter, är de som diskuterat abort med dessa utgångspunkter oftast positiva till att tillåta abort. Man skiljer alltså noga på frågorna om när det är moraliskt rätt och om det bör tillåtas. Ett vanligt argu-

ment för att införa legal abort har också varit de negativa konsekvenserna av illegala aborter med bland annat livshotande infektioner som globalt sett är den största orsaken till att i övrigt friska kvinnor i fertil ålder avlider. Med den legala aborten och de betryggande villkor under vilka aborten kan genomföras har risken för komplikationer minskat. Centralt i detta sammanhang är alltså att en oönskad graviditet kan få långtgående konsekvenser för kvinnan både på kort och på lång sikt, speciellt om det leder till framfödandet av ett oönskat barn som riskerar att bli oölskat.

Abortetik diskuteras ofta i termer av rättigheter. Frågan brukar ställas som en fråga om *fostrets rätt* till liv kontra den gravida kvinnans rätt att bestämma över sin egen kropp och sin sexualitet. Som redan framkommit har olika etiska utgångspunkter olika uppfattningar om vilka rättigheter det är rimligt att tillskriva foster och födda. Terminologin kompliceras av att det finns en särskild sorts *normativ etisk teori* som benämns *rättighetslära*, enligt vilken man bland annat har absolut rätt till sitt liv och sin kropp. Denna teori medför att kvinnan inte har några som helst förpliktelser att upplåta sin kropp för att hålla ett foster vid liv, även om avlägsnandet av fostret (dvs. abort) innebär att det dör, precis lika lite som du eller jag har en plikt att uppbjuda våra njurar eller andra organ för att hålla en vuxen person vid liv, hur vänligt och anständigt det än skulle vara av oss att göra så. Enligt denna doktrin verkar alltså abort bli relativt moraliskt oproblematiskt, närhelst det sker.

Också från *dygdetisk* synvinkel har abort diskuterats. Det frågan framför allt gäller är då hur vissa skäl för och emot abort skulle uppfattas av en moraliskt känslig person: vissa skäl kan uppfattas som uttryck för okänslighet, lätt sinnighet eller en oreflekterad och girig attityd till vad man kan vänta sig av livet, medan andra kan uppfattas som uttryck för en ödmjuk eller genomtänkt inställning. De skäl som det handlar om är emellertid inte på något sätt väsensskilda från dem som brukar framhållas av andra etiska riktningar. För mer om abort, se också *feministisk etik*.

LITTERATUR: Anderberg et al. 1987, Blomquist 1971, Hursthouse 1991, Johansson et al. 2008, Munthe 1993, SMER 2000.

Absoluta plikter är plikterna att utföra eller att avstå från att utföra vissa typer av handlingar som inte medger några undantag. De som förespråkar *livets helgd* menar exempelvis att plikten att inte aktivt och avsiktligt döda är en absolut plikt. *Kant* menade att alla *perfekta plikter* är absoluta, till skillnad från de imperfekta plikterna som är plikten att ha vissa ändamål. Exempelvis ansåg Kant det vara en imperfekt plikt att hjälpa andra, dvs. vi har en plikt att sträva efter det, men också en viss frihet gällande hur och när vi gör det.

LITTERATUR: Nell 1975.

Acknowledgement är ett engelskt uttryck för en speciell form av tack som är vanligt förekommande i vetenskapliga artiklar eller böcker där olika personer tackas för deras bidrag till det aktuella arbetet. En person som uppmärksammas i ett acknowledgement har vanligen inte bidragit tillräckligt för att kvalificera sig för medförfattarskap. Men ibland kan det finnas en *grå zon* mellan medförfattarskap och ett omnämnande i ett acknowledgement, och ibland är det så att personer som egentligen inte kvalificerat sig till att stå som medförfattare står som sådan, men borde ha figurerat i acknowledgement. Det förekommer också att personer som faktiskt har skrivit hela arbetet inte figurerar som författare (se *spökförfattare*). Trots att det i dag framgår av olika dokument (*Uniform Requirement*) vilka kriterier som gäller för medförfattarskap är medicinsk forskning ett av de områden där det oftast kan uppstå problem och där det kanske slarvas/fuskas mest. Se också *medförfattarskap* och *gävo författarskap*.

LITTERATUR: Codex.

Ad hoc-antaganden eller ad hoc-hypoteser är antaganden som görs enbart för att rädda en teori mot ett motexempel, motsägelse eller en *anomali*. Ad hoc är latin och betyder ordagrant "för detta" och tolkas då i vetenskapliga

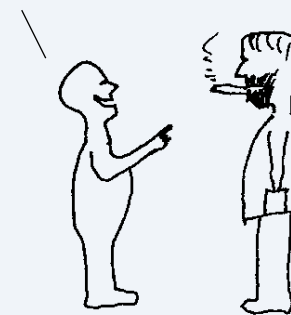
sammanhang som "enbart för detta ändamål att rädda en teori". Ett exempel på ett ad hoc-antagande är bortförklaringen av fynden av de bakterier som ibland observerades av patologer i magslemhinnan innan teorin om *Helicobacter pylori* som orsak till pektiskt ulcus-teorin var accepterad. Utgångspunkten var att eftersom surhetsgraden i magen var så hög (dvs. lågt pH-värde) var det omöjligt att det kunde finnas levande bakterier i magslemhinnan. När de ändå observerades så uppfattades de som föroreningar, artefakter eller anomalier som hade tillkommit efter det att biopsin hade tagits. Med acceptansen av *Helicobacter pylori*-teorin förstod man plötsligt att dessa bakteriella anomalier var avgörande för förklaringen av orsakerna till magsårssjukdomen peptiskt ulcus. Man kan sålunda säga att ad hoc-antaganden kan fungera som del av en paradigmskyddande teknik och att ad hoc-antaganden oftast identifieras som ad hoc efter det att det aktuella vetenskapliga paradigmet har blivit förlegat eller förlorat sitt tolkningsföreträde.

Antaganden för att rädda en teori mot motexempel, anomalier eller motsägelser behöver dock inte vara ad hoc. De kan vara välmotiverade om de leder till nya förutsägelser som kan testas empiriskt, dvs. med hjälp av observation. Ett klassiskt exempel på ett räddande antagande som inte anses vara ad hoc är Uranus bana runt solen, som inte överensstämde med förutsägelserna från Newtons teori om tyngdlagen. Går man strikt på *hypotetisk-deduktiv metod* kan det då te sig som om vi måste förkasta Newtons fysik, eftersom den motsades av Uranus observerade bana. I stället för att förkasta Newtons tyngdlag, som ju varit så framgångsrik för andra förutsägelser, antog man att en planet som ännu inte upptäckts påverkade Uranus bana och förklarade därmed att den avvek från vad man kunde ha förväntat sig. På så sätt upptäcktes Neptunus och allt föll på plats igen. Antagandet var alltså vetenskapligt välmotiverat, trots att det gjordes för att förklara bort ett motexempel mot en teori, för att det ledde till nya förutsägelser som kunde testas vidare.

Ett klassiskt exempel på ett antagande som

Du säger att en cigarr som regel ska uppfattas som en fallos-symbol!

Javisst, men min cigarr är undantaget som bekräftar regeln.



Ad hoc-antaganden

inte brukar anses vetenskapligt motiverat, och därmed ad hoc i dess egentliga mening, är följande: Naturvetarpirjonjären Galileo Galilei sägs ha bjudit in en astronom från det rådande aristoteliska paradigmet, enligt vilket alla himlakroppar är perfekta runda klot, för att titta på månen i hans nykonstruerade teleskop. "Se", sa Galilei, "inte ser månen ut som ett perfekt klot när du ser det uppförstorat – tvärtom syns det berg och kratrar och ojämnheter över hela ytan!" "Det ser verkligen ut så" höll aristotelikern med om "men i själva verket finns det en osynlig substans som fyller ut alla ojämnheter och gör månen till det perfekta klot jag hävdar att det är." På detta listiga svar replikerade Galilei att han höll med om att substansen fanns, men att den gjorde ytan än mer ojämn än den såg ut. På så sätt avslöjade Galilei att aristotelikerns antagande var ad hoc – det fanns inget sätt på vilket det kunde kontrolleras vidare med hjälp av observation. Med andra ord är ad hoc-antaganden icke empiriskt falsifierbara (se också *cirkelbevis*).

Tyvärr är saken inte så enkel som Galilei ville göra den till, eftersom aristotelikern kunde ha sagt att det gick att kontrollera hans hypotes i princip, exempelvis genom att skicka upp ett instrument på månen som skulle ha kun-

nat registrera närvaron av substansen i fråga. Ad hoc-hypoteser sätter därmed fingret på en viktig vetenskapsteoretisk poäng, som pekar på att det alltid går att rädda en teori om man är tillräckligt fiffig vad gäller att förklara bort motexempel och att det är mycket svårt, om inte omöjligt i princip, att skilja godtagbara bortförklaringar från förkastliga. Det är som anförts först i efterhand, när ett *vetenskapligt paradig* har förlorat den vetenskapliga kampen om tolkningsföreträde, som ad hoc-antaganden blir tydliga. Ad hoc-antaganden får inte förväxlas med hjälphypoteser, som är sådana som är nödvändiga för att kunna resonera exempelvis enligt den hypotetiskt deduktiva metoden. Om vi exempelvis säger att det alltid gäller att om vi ordinerar patienter som lider av astma en viss medicin så blir de friska, så måste vi ta till vissa hjälphypoteser för att få premisserna i ett sådant resonemang att bli korrekta. En hjälphypotes är exempelvis att patienten faktiskt tar medicinen, att han/hon faktiskt har fått korrekt diagnos, att patienten inte är allergisk mot medicinen, att patienten kan uppta medicinen i tarmsystemet etc. Ibland kan dock ad hoc-hypoteser framstå som hjälphypoteser, men det är som sagt oftast i efterhand som man kan urskilja vad som är ad hoc och vad som är hjälphypoteser.

LITTERATUR: Föllesdal et al. 2001, Johansson et al. 2008.

Ad hominem-argument är sådana som hänvisar till den auktoritet eller brist på detsamma som personen som framställer dem har. Har personen stor auktoritet vinner argumentet i tyngd och är personen utan auktoritet så förminskas tyngden av argumentet. Inom den kliniska medicinen var det länge denna typ av argument som användes för att introducera en ny behandling. Den store välrenommerade tyska kirurgen hade lång personlig erfarenhet av den behandling han själv introducerat och därför kunde behandlingen anses vara effektiv och säker. Ad hominem-argumentet kan tolkas som del av en dygdetisk tradition där just den kloka auktoriteten fungerar som förebild och



per definition alltid handlar gott och rätt. Att till exempel kunna hänvisa till Hippokrates skrifter då det gäller etiska frågor kan enligt en ad hominem-argumentation uppfattas ge argumentet särskild tyngd.

Utöver att referera till auktoriteten Hippokrates finns det också referenser till en sorts ursprungsetik eller etik som har evighetskaraktär och som därför får en speciell status och som därmed är svårare att ifrågasätta. Sveriges läkarförbund hänvisar exempelvis i sina etiska regler (s.k. *läkarregler*) till de ”etiska krav som läkaren genom årtusenden erkänt vara normgivande” och som genom detta kan göra dem svåra att ifrågasätta.

LITTERATUR: Föllesdal et al, 2001, Johansson et al. 2008, Läkarreglerna 2002.

Adekvat information är den mängd information som en patient eller försöksperson behöver för att kunna fatta ett välgrundat och självständigt beslut om att tacka ja eller nej till en erbjuden utredning/behandling eller till ett deltagande i ett forskningsprojekt. Informationen bör innehålla upplysningar om syftet med utredningen, behandlingen eller forskningsprojektet, vad medverkan innebär (design av stu-

dien), för- och nackdelar samt eventuella alternativ till den föreslagna behandlingen. Vidare bör den upplysa om att deltagandet är frivilligt och att man när som helst kan dra tillbaka ett givet samtycke och därmed avbryta sin medverkan och att detta kan göras utan att det kommer att påverka bemötandet eller tillgången till den hittills bästa behandlingen. Informationen ska dessutom vara begriplig och anpassad till situationen och vad patienten faktiskt vill och inte vill ha information om. I forskningssammanhang måste man vara uppmärksam på att väsentlig information inte drunknar i detaljer liksom att informationen här vanligen bör ges både muntligt och skriftligt. Om det rör sig om personer med språkproblem, exempelvis utlandsfödda, ska informationen översättas/tillbakaöversättas av en auktoriserad översättare och under utredning/behandling ska de vid behov ha tillgång till en auktoriserad sjukvårdstolk. I forskningssammanhang anger Helsingforsdeklarationen i stora drag vad informationen ska innehålla i relation till det aktuella forskningsprojektet. Även den svenska etikprövningslagen specificerar vad som juridiskt sett måste vara med i informationen. Se även *informerat samtycke*.

LITTERATUR: Helgesson 2006, Helsingforsdeklarationen 2008.

Adulta stamceller är sådana som tagits från exempelvis navelsträngsblod eller en vuxen persons benmärg. Sådana celler är *multipotenta* eller i vissa sällsynta fall *pluripotenta*, och alltså inte *totipotenta* såsom *embryonala stamceller*. Se *stamceller och stamcellsforskning*.

Advance directive är den engelska beteckningen för förhandsbesked eller *livstestamente*.

Aids är en förkortning av Acquired Immune Deficiency Syndrome och är en beteckning för den samling av symtom som en HIV-smittad person kan utveckla framför allt i slutstadiet av sjukdomen. Eftersom sjukdomen så småningom leder till ett kraftigt nedsatt immunförsvar resulterar detta i opportunistiska infektioner med svamp,

bakterier, parasiter och andra virus. Orsaken till sjukdomen är ett virus, HIV (Human Immunodeficiency Virus), som antingen överförs vid sexuell kontakt eller via blod och överföring av andra kroppsvätskor, exempelvis via sprutor. HIV-smitta har dock en relativt lång inkubationstid innan symtomen på aids visar sig. Virusets finns i flera undergrupper och har förmåga att snabbt ändra sig, vilket bidragit till att det är svårt att hitta ett vaccin. Däremot har man lyckats utveckla behandlingar. Med moderna behandlingsstrategier kan tidpunkten från HIV-smitta till manifest aids förlängas och patienter kan med vissa restriktioner leva ett normalt liv i 10–20 år.

Sjukdomen upptäcktes i början av 1980-talet och förknippades ursprungligen med homosexuell samvaro mellan män, samt intagandet av vissa afrodisiaka (se *enhancement*). Som exempel på sistnämnda var hypotesen att olika nitroglycerinmedel som ökar blodgenomströmningen var orsak till tillståndet, trots att dessa medel också användes av patienter med hjärtkärlsjukdomar men som inte utvecklade aids. En del andra ideologiskt influerade hypoteser av liknande slag har framförts, exempelvis att aids är guds straff för ett syndigt leverne och att uppkomsten av HIV är en moralisk påminnelse om behovet av att leva ett sunt liv. Det var först 1983 som man lyckades isolera det virus som gav anledning till smittan och det visade sig sedan att smittan inte har någon specifik association till homosexualitet. Den ursprungliga smittan har sannolikt skett via heterosexuella kontakter. Diskussionen om ursprunget har dessutom en kontroversiell historik: Har smittan överförts från apor till människor i Afrika? Var det kanske vid medicinska försök med apor för att få fram vaccin mot polio som viruset spreds till människor?

HIV är klassificerat som en venerisk sjukdom och omfattas av smittskyddslagen, vilket innebär att om diagnosen fastställs ska detta rapporteras till smittskyddsläkaren och smittspårning genomföras. Är en individ smittad med HIV och inte lever upp till det personliga ansvaret att upplysa sin partner kan en sådan person

frihetsberövas av domstol. Patienter med HIV-smitta och aids, liksom en rad andra smittsamma sjukdomar som exempelvis hepatit, har många gånger känt sig diskriminerade inom sjukvården, och attityden till sjukdomen är många gånger präglad av fördomar och en föreställning om att sjukdomen är självförvållad och att patienterna får skylla sig själva (se *victim blaming*). Denna tendens har dock blivit mindre uttalad efter fall där sjukvården i samband med blodtransfusion har orsakat att patienter blivit smittade med blod som inte kvalitetskontrollerats.

Aktiv dödshjälp innebär att förkorta livet för en allvarligt och obotligt sjuk patient. I första hand reserveras termen för patienter för vilka döendet innebär ett outhärdligt lidande som inte längre kan lindras med smärtstillande eller lugnande medel. Man kan tala om aktiv dödshjälp oberoende om det sker på patientens begäran eller inte. Om sjukvårdspersonal är involverad i aktiv dödshjälp är den vanligaste metoden att ge läkemedel som på ett smärtfritt sätt slår ut patientens andningssystem eller andra vitala funktioner, exempelvis höga doser av sömnmedicin (barbiturater), smärtstillande (morfin) i kombination med exempelvis muskelrelaxantia eller höga doser insulin.

Aktiv och avsiktlig dödshjälp är inte tillåten i Sverige, men är tillåten i exempelvis Holland och Belgien. I dessa länder omfattas enbart patienter som har haft en längre varande relation till sin läkare och som har en terminal sjukdom och ett icke behandlingsbart outhärdligt lidande. Aktiv dödshjälp ges vanligen av läkare enbart på en terminalt sjuk patients egen begäran. Dödshjälp utförs i de länder där den är tillåten efter det att man gjort en noggrann kollegial kontroll och bedömt indikationen, dvs. minst två läkare ska vara överens om att symtomen är allvarliga nog för att ytterligare behandling inte ska vara meningsfull. Patientens begäran får inte heller vara tillfällig eller en följd av behandlingsbar psykisk sjukdom. I vissa fall kan även patienter som inte själva kan uttala en önskan om aktiv dödshjälp bli föremål för sådan, exempelvis då det föreligger ett *livstestamente* (advance direc-

tive), men även då sådant inte föreligger, men där man anser att patienten är utsatt för ett onödigt lidande och där annan adekvat lindrande behandling inte anses vara tillräcklig. I Sverige kan man i sådana situationer tillämpa s.k. *palliativ sedering*.

Aktiv dödshjälp är etiskt kontroversiellt även om den ges på patientens begäran och även om det sålunda kan sägas vara ett sätt att respektera patientens autonomi och tillmötesgå patientens positiva rättigheter. Vanliga skäl för en patient att begära aktiv dödshjälp är att patienten är mycket svårt lidande (fysiskt och/eller psykiskt), att erbjuden lindrande behandling inte upplevs tillräcklig, att man inte själv klarar av att avsluta sitt liv eller att metoder för avslutandet av sitt eget liv upplevs som plågsamma och ovärdiga samt att patienten ibland vill undvika upplevelsen av den kroppsliga nerbrytningen som vissa sjukdomar medför.

Aktiv dödshjälp anses vara kontroversiell bland annat därför att den strider mot principen att en läkare inte får skada och har en plikt att bevara och om möjligt rädda liv – inte ta liv. Ett annat vanligt argument emot aktiv dödshjälp är att om vi skulle tillåta det så skulle det få konsekvenser för förtroendet för sjukvården och läkarna samt att det skulle få konsekvenser för synen på människan och människovärdet. Mot detta har framhållits att brist på respekt för patientens egna upplevelser och önskemål i livets slutskede kan minska förtroendet för vården. Huruvida förtroendet för vården skulle öka eller minska om aktiv dödshjälp infördes kan i slutändan bara avgöras genom empiriska undersökningar av allmänhetens inställning i frågan. Ytterligare ett argument mot aktiv dödshjälp är att man kan tänka sig att patienter, som upplever sig som en belastning för närstående eller på grund av kostnaderna för sjukvården, kan känna sig pressade till att begära dödshjälp fast de egentligen inte vill. Om detta är ett giltigt argument så talar det lika mycket mot att avsluta livsuppehållande behandling, ibland benämnt passiv dödshjälp, som i dag är tillåtet i Sverige. Ett vanligt argument emot aktiv dödshjälp har också varit att det skulle innebära en nedmon-

tering av den palliativa vården. I de länder där man infört aktiv dödshjälp finns det dock inga indikationer på att förtroendet för sjukvården minskat och det finns inte heller indikationer på att det går ut över den palliativa vården, tvärtom har det i exempelvis Holland inneburit en utbyggnad av den palliativa vården.

Ett klassiskt argument emot aktiv dödshjälp är att vi kan hamna på ett *sluttande plan* där vi till en början enbart accepterar dödshjälp på patientens begäran men så småningom kommer att utvidga dödshjälp till att omfatta patienter vars liv någon annan (samhället) inte anser värda att leva eller som kostar sjukvården för mycket (indikationsglidning); se också *eutanasi*. Ett ytterligare argument mot dödshjälp i allmänhet och inte bara aktiv sådan rör säkerhetsaspekterna och kontrollen av denna typ av verksamhet som är förenad med risken för misstag, exempelvis med diagnos och prognos och att man skulle kunna ge dödshjälp till en patient som i själva verket lider av en behandlingsbar sjukdom.

I diskussionen om aktiv dödshjälp är det viktigt att skilja på aktiv och avsiktlig dödshjälp. Det som vanligen avses med aktiv dödshjälp, och som är otillåten i Sverige, är sådan dödshjälp som är både avsiktlig och aktiv. I strikt mening syftar dock termen aktiv på handlingen och inte på avsikten eller motivet och särskiljs då från passiv: de handlingar är aktiva som man utför och de är passiva som man kunde ha gjort men inte gjorde, dvs. ens underlåtelser. Skillnaden mellan aktiv och passiv dödshjälp är dock oklar, eftersom en och samma handling kan beskrivas på flera sätt och det verkar vara en beskrivningsfråga om den uppfattas som aktiv eller passiv. Vissa fall verkar uppenbart röra sig om passivt dödande, som exempelvis att avstå från att påbörja behandling, och vissa uppenbart om aktivt dödande, som att injicera en dödande dos av ett läkemedel i en patient. Frågan är dock hur man ska se på att avbryta en redan påbörjad behandling, t.ex. att ta någon ur en respirator. Detta kan förefalla som aktivt görande, men räknas som passivt, kanske med motiveringen att det är att "låta naturen ha sin gång". Klart är att

distinktionen aktiv/passiv är oklar. Vidare kan man undra hur moraliskt viktig den är: Att inte fylla på ett dropp som tagit slut när patienten vill leva vidare ter sig som en passiv underlåtelse, men skulle nog ändå bedömas som moraliskt tvivelaktigt, åtminstone i de flesta fall. I praxis tillåts också ofta aktiv dödshjälp om den räknas som inte avsiktlig. Exempelvis kan behandling med smärtstillande i livets slutskede ges, även om den kan påskynda döden. Motiveringen är då att avsikten inte var att döda utan att minska patientens lidande, även om man kunde förutse dödens påskyndande. Detta resonemang är typiskt för *doktrinen om dubbel effekt* och visar på vikten av att särskilja distinktionerna aktiv/passiv från avsedd/förutsedd.

Det bör också poängteras att de språkliga formuleringarna sannolikt påverkar våra omdömen om det försvarbara i dödshjälp. Att säga att man förkortar en redan pågående dödsprocess låter mindre problematiskt än att ta död på patienten. Att säga att man avser att förkorta ett onödigt lidande kan också vara en omskrivning för att påskynda dödsprocessen. Det sistnämnda understryker också svårigheten i att kunna skilja på avsedd och förutsedd dödshjälp för en utomstående.

LITTERATUR: Glover 1977, SMER 1992, Tännjö 2001, Westrin et al. 2005.

Aktiv paternalism är en form av *paternalism* som är relaterad till patientens *negativa rättigheter* och som innebär att läkaren/behandlaren bestämmer att patienten för sitt eget bästa ska utredas/behandlas trots att patienten uttryckt önskemål om motsatsen. Exempel på aktiv paternalism är då man i patientens intresse behandlar en beslutskapabel patient med exempelvis livsuppehållande åtgärder trots att patienten inte önskar sådan behandling eller önskar avsluta sådan behandling. Gäller det exempelvis en dialyspatient som inte längre vill ha behandling eller patient i respirator, kan ett nekande till att avbryta behandlingen uppfattas som somatisk tvångsvård. Se även *passiv paternalism* och *medicinsk paternalism*.

LITTERATUR: Bremberg 2004.

Aktör och aktörsintressen är benämningen på en individ som har en viss funktion eller roll med tillhörande intressen och förväntningar på hur en handling utförs. Man skiljer vanligen mellan en aktörs normativa och faktiska intressen. Med normativa intressen förstås sådana som de flesta föreställer sig att en ideal aktör med rollen ifråga har eller agerar efter. Exempelvis föreställer sig de flesta att patienter söker sjukvården för att få hjälp med att förbli eller bli friska eller lindra sjukdomsrelaterat obehag. Det som gör att detta mål är normativt är att det i normalfallet upplevs som ett legitimt intresse att ha eller agera efter i "rollen" som patient. En patient kan dock ha ett annat faktiskt intresse, exempelvis en fortsatt sjukförklaring för att hon vantrivs på sitt jobb. En och samma person kan sålunda ha olika aktörsintressen och faktiska och normativa intressen kan komma i konflikt med varandra. De behöver dock inte komma i konflikt: i forskarens normativa intressen ingår den grundläggande normen att främja vetenskapen genom att söka sanningen och utveckla exempelvis nya behandlingar. Denna norm behöver inte komma i konflikt med forskarens möjliga faktiska intresse av en viktig position i samhället.

Men om forskaren i syfte att rekrytera patienten till sitt forskningsprojekt inte ger adekvat information eller på annat sätt avviker från vad som förväntas av honom/henne enligt *good clinical practice*, kan det uppstå en konflikt mellan forskarens normativa och faktiska intressen. Man talar i sådana sammanhang om intraaktörskonflikter. På liknande sätt kan man tala om konflikter mellan olika aktörer – interaktörskonflikter

Även normativa intressen kan komma i konflikt med varandra. En läkare som förutom att ta hand om sina patienter också ansvarar för forskning och undervisning har tre olika aktörsroller (forskarens, lärarens och läkarens), som potentiellt kan komma i konflikt med varandra. Om exempelvis den undervisande läkaren både ska ta vara på patientens bästa intressen och samtidigt ska ge en blivande läkare undervisning så kan patienten komma i kläm.

Det är en ren
bieffekt av mitt
sanningssökande
att jag också
gjort karriär!



Faktiska och normativa intressen

Den ansvariga läkaren kan prioritera undervisningen, exempelvis genom att inte respektera patientens rätt att tacka nej till att medverka eller låta studenten utföra ingrepp och utsätta patienten för en viss risk utan att patienten själv har fått tillfälle att ta ställning till om han/hon vill acceptera detta. I den omfattning den goda förebilden spelar en roll i undervisningen (i medicinsk etik) är dock ett sådant förfarande inte optimalt – ett bra bemötande förutsätter också en respekt för patientens rätt att vara med och bestämma om handlingar som berör denne. I detta fall är därmed förmodligen den normativa intressekonflikten skenbar, både som lärare och läkare bör man tillfråga patienten. Vissa normativa konflikter är dock reella, och exempelvis normen om sanningsenlighet gentemot patienter kan komma i konflikt mot normen att handla på ett sätt som är så terapeutiskt verksamt som möjligt. Detta kan hända om det finns goda skäl att anta att avslöjandet av information skulle göra patienten djupt deprimerad. I en etisk analys kan det vara till stor hjälp att skilja mellan normativa och faktiska aktörsintressen och fastställa eventuella olika aktörsintressen och möjliga intressekonflikter.

Det bör dock poängteras att detta bara är början på en etisk analys. Den grundläggande moralfilosofiska frågan om vilka intressen som ska väga tyngst vid konflikter och varför, är oundviklig om man ska komma till ett praktiskt beslut. Att ett intresse är normativt i den ovan definierade meningen, dvs. att den ingår i en ideal roll, är då inget tillräckligt argument för att den ska efterföljas. Ibland kan de starkaste argumenten tala för att man bör göra avsteg från sin roll. Exempelvis är alltså det faktum att det traditionellt anses ingå i läkarens roll att hon ska besinna vikten av att bevara liv inte ett självständigt argument mot dödshjälp.

LITTERATUR: Hermerén 1986.

Akuta medicinska situationer är karakteriserade av att beslut om behandling eller inte behandling – eller vad som måste göras – måste fattas snabbt. Detta i motsats till beslut där man har betänketid och möjlighet att tänka igenom olika handlingsalternativ med hänsyn till olika aktörsintressen. Det är ofta svårt att informera och samråda med patienter i akuta situationer då de kommer in medvetslösa eller är allvarligt sjuka. Man kan då tvingas handla mot bakgrund av en bedömning av vad man tror är i patientens bästa intresse och ge vad som är den för tillfället bästa behandlingen. Om en patient inkommer akut med intensiva bröstsmärtor och läkaren misstänker akut hjärtinfarkt så sätter man in smärtbehandling utan att närmare informera och diskutera. Och är patienten smärtbehandlad kan han eller hon vara så omtöcknad att det även i denna situation kan vara svårt att informera och samråda. Gäller det dessutom en forskningssituation där man önskar att inkludera den akut sjuka patienten i en studie om blodförtunnande behandling mot akut hjärtinfarkt, blir frågan om informerat samtycke än mer problematiskt. Man kan i initialskedet rådgöra med närstående om patientens allmänna inställning, och talar denna inte emot att delta i klinisk forskning kan man sedan i ett lugnare skede informera patienten och inhämta samtycke för den fortsatta medverkan eller låta denne avbryta. Det kan dock

ytterligare compliceras om det exempelvis har ingått en "behandlingsarm" som fått en engångsdos (bolusinjektion) av blodförtunnande behandling i studien som ska jämföras med en behandling där man ger blodförtunnade kontinuerligt i dropp. Har patienten fått en bolusinjektion är det svårt att i efterhand säga nej, men man har i alla fall möjlighet att avbryta sitt deltagande i studien. För mer om beslutsfattande i situationer där man inte hinner kritiskt utvärdera alternativ, se *Hare* och *tumregler*.

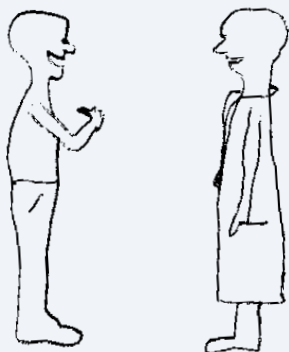
ALS är en förkortning av amyotrofisk lateral skleros som är en fortskridande (progredierande) neurologisk degenerativ sjukdom, som innebär att patientens muskler förtvinar och till slut påverkar andningsmuskulaturen så att patienten kvävs. Tillståndet är speciellt plågsamt därför att patienten i cirka 90% av fallen är intellektuellt helt opåverkad och alltså har full insikt i vad som kommer att hända. Det finns olika praxis och attityder till om man för att förlänga livet ska erbjuda patienter med ALS respiratorbehandling mot slutet. Det kan med andra ord uppstå frågor om att avstå från att inleda livsuppehållande behandling eller att avsluta en påbörjad livsuppehållande behandling. Det är ibland från dessa patienter och patienter som lider av en annan neurologisk degenerativ sjukdom, multipel skleros, man som läkare kan få förfrågan om dödshjälp.

Alternativmedicin kan kontrasteras till skolmedicin eller till den del av sjukvården som arbetar inom ramen för vad som anses vara baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet. Alternativmedicinen handlar liksom skolmedicinen om diagnostik och behandling men är inte i överensstämmelse med skolmedicinens begrepp om vetenskap och evidensbaserad medicin. Karakteristiskt för alternativmedicinska metoder för utredning och behandling är att det empiriska underlaget och dokumentationen av en effekt är bristfällig eller i strid med de metoder som används inom skolmedicinen. Ett annat karakteristikum är att man ofta refererar till helt annorlunda sjukdomsbegrepp,

Min tredelade kroppsvärmare är trasig!

Ja, det har blivit för mycket Yin och för lite Yang!

Va?



Alternativmedicinska kulturkrockar

orsaksbegrepp och behandlingsbegrepp. Därmed får begreppet specifik behandling ofta en helt annan innebörd.

Den mer än 2000 år gamla kinesiska akupunkturen är ett exempel på en alternativmedicinsk behandlingsform där man anser att sjukdom orsakas av obalans i energiflödet och refererar till begrepp som yin och yang och den tredelade kroppsvärmaren. Man föreställer sig att det finns meridianer vilka kan uppfattas som en sorts kanaler där energin i kroppen flödar och att man genom att påverka dessa meridianer med akupunktur nålar kan återställa den rubbade balansen i energiflödet. Man har aldrig lyckats fastställa förekomsten av dessa meridianer, men en del av effekten av att använda akupunktur nålar kan förklaras i termer av s.k. afferenta nervimpulser som stimuleras och som i sin tur påverkar neuropeptider som exempelvis endorfiner.

Man har vidare en helt annan diagnostisk repertoar som går helt emot den västerländska. Diagnosen vindsjuka kan sålunda uppfattas som en blandning av de västerländska diagnoserna depression och andningssvårigheter. Till varje kinesisk diagnos finns kombinationer av

akupunkturpunkter där man ska sticka in nålar. Det är förstås svårt för en västerlänning att sätta sig in i den kinesiska akupunkturen som också hänger samman med en hel kosmologi – *daoismen*. Man har därför försökt översätta de västerländska diagnoserna så att de motsvarar akupunkturpunkter. På detta sätt har man konstruerat en sorts kokbok där man kan slå upp och se var man ska sätta nålarna om man har en viss sjukdom. Man talar också om kokboksakupunktur.

Akupunktur i den strikt kinesiska varianten med dess kosmologi och sjukdomsbegrepp är nästintill omöjlig att förstå och förklara med vedertagna medicinska och fysiologiska begrepp och teorier. Men om man bortser från förklaringarna och i stället fokuserar på vad man gör (nålar in) och effekten (patienten blir bättre) så har det visat sig att akupunktur vid vissa tillstånd, framför allt smärta, har en gynnsam effekt. Eftersom man numera med hjälp av den moderna smärtfysiologin och funktionell magnetisk resonanstomografi (fMRT) har möjlighet att omtolka, illustrera och förklara verkningsmekanismen har akupunktur vid vissa specificerade tillstånd accepterats inom skolmedicinen. Detta innebär alltså inte att man därmed accepterat de kinesiska teorierna bakom akupunktur.

Homeopati är ett annat exempel på en alternativmedicinsk behandlingsform där man dock inte fått möjlighet att omtolka de homeopatiska begreppen, och det har trots många försök varit svårt att dokumentera en effekt som skiljer sig från placeboeffekten. Se *homeopati*. I Sverige finns ett hundratal alternativmedicinska behandlingar, men det är en handfull som tillhör de mest använda.

Alternativmedicinska behandlingar är inte bara kontroversiella sett ur det biomedicinska paradigmet perspektiv. Frågor om vem som ska ge behandlingen komplicerar frågan om man ska tillåta dessa behandlingsformer över huvud taget. Vid akupunktur finns det både risk för att skada en patient med nålar som är orena och att nålarna placeras felaktigt så att man exempelvis punkterar en lunga. Den största ris-

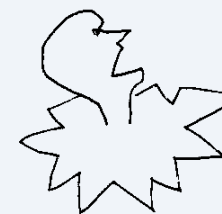
ken med att överlåta den alternativmedicinska behandlingen till dess utövare är att de ofta inte har någon differentialdiagnostisk kompetens. Icke-legitimerad sjukvårdspersonal kan sålunda inleda och utlova behandlingseffekt vid allvarliga sjukdomar (cancer, infektionssjukdomar, hormonbristsjukdomar, smittsamma sjukdomar etc.) där det finns en adekvat behandling eller en mer effektiv behandling som fördröjs till följd av alternativmedicinarens behandling. Vanligtvis får legitimerad sjukvårdspersonal inte föreslå eller ta initiativ till alternativmedicinsk behandling, speciellt inte om det finns mer adekvat skolmedicinsk behandling. Men om skolmedicinen inte har något att erbjuda exempelvis en cancerpatient där man övergått till palliativ behandling, kan man på patientens initiativ ge eller remittera patienten till alternativmedicin. Mot bakgrund av den ökande invandringen kan kulturkrockar i vården förekomma genom att en del patienter är mer eller mindre vana vid alternativmedicinsk behandling. En relevant fråga till patienten är "om du skulle ha symtomen i ditt hemland, vem skulle du gå till för att få vård och vilken behandling skulle du få?" Se också *homeopati* och *kulturkrockar*.

LITTERATUR: Herlitz 1989, Johansson et al. 2008.

Altruism är ett uttryck för ett handlingsätt där huvudmotivet för en handling är hänsynen till en medmänniska utan att man själv drar fördel av handlingen. Det primära skälet att handla är sålunda inte att jag själv ska må bra för att ha hjälpt en annan människa, vilket kan rubriceras som ett egoistiskt motiv, vilket inte utesluter att jag kan må bra som ett resultat av en altruistisk handling. Man talar exempelvis om altruistiska donatorer när en frisk människa önskar donera ett organ eller vävnad, inklusive ägg eller spermier, utan att det gagnar donatorn själv och där donatorn inte själv har inflytande på vem som får den donerade vävnaden/organet. En altruistisk donation innebär i praktiken att organet eller vävnaden doneras till sjukvården, som sedan fördelar organen till en patient efter att ha vägt det medicinska behovet mot nyttooptimeringen med avseende på i vilken kropp den donerade njuren passar bäst och har störst chans att inte bli avstött etc. Om man villkorar sin donation och säger att den donerade njuren inte får ges till vissa patienter med exempelvis en annan etnisk eller religiös bakgrund, vilket inte är möjligt i Sverige, är det frågan om man fortfarande kan tala om en altruistisk donation. Visserligen kan villkorade donationer göras av genuin omsorg om någon annan, men det är tveksamt om det är förenligt med språkbruk

Du får 5000 om du hjälper mig upp ur isvaken.

Hm, innan skulle jag ha gjort det, men nu har jag ångrat mig.



Altruism

att säga att handlingar som tar diskriminerande hänsyn är altruistiska.

Att på altruistiska grunder eller på ett själv-uppoffrande sätt hjälpa andra människor refereras i den kristna traditionen till som kärlek till sina medmänniskor eller nästankärlek. Att tala om genuina altruistiska handlingar är dock komplicerat eftersom det kan finnas dolda egoistiska motiv bakom. Anhängare av egoistiska teorier vill hävda att altruismen ofta är villkorad och influerad av *paternalism* och därför ibland ställer till det för människor i stället för att hjälpa. Att ge allmosor till fattiga kan man vidare göra av altruistiska skäl, men även för att man därigenom kan komma att framstå som en bättre människa, för att man vill känna välbehag. Tror man dessutom på högre makter eller ett liv efter detta kan man kanske även kvalificera sig till en plats i himmelriket eller en bättre roll i ett kommande liv. I vissa samhällen har därför tiggarna haft en viktig roll som medel för att mer välbärgade människor genom att ge allmosor skulle kunna visa sin godhet. Det berättas exempelvis att tiggarna i ett samhälle en gång strejkade, vilket ledde till att de välbärgade borgarna inte kunde leva upp till sina mål att vara goda, och tiggarna fick på detta sätt som de ville.

Det finns dock indikationer på att altruism eller oegennyttig hjälpsamhet kan vara en robust egenskap i alla fall hos vissa individer. I en socialpsykologisk studie från 1986 hade forskarna Romer, Gruder och Lizzardro med hjälp av ett speciellt psykologiskt test indelat collegestudenterna i tre grupper: altruister, egoister och sådana som gärna hjälper andra, men också förväntar sig att få något tillbaka, vi kan kalla dem ge och ta-gruppen. Ingen informerades om att de deltog i ett försök (!). En månad efter denna indelning blev alla tillfrågade om att hjälpa en forskarstuderande med ett forskningsprojekt något senare. Slumpmässigt fick collegestudenterna löfte om att kunna tillgodoräkna sig motsvarande en utbildningspoäng om de ställde upp och hjälpte den forskarstuderande. Frågan var alltså om collegestudenterna skulle ställa upp beroende på om de fick belöning eller inte. Resultaten varierade både beroende på personlighetstyp (ro-

busta karaktärsegenskaper) och situationen. En tredjedel av dem som klassificerats som egoister ställde upp oberoende av om de belönades eller inte. Av ge och ta-gruppen var det 44 % som ställde upp om de inte belönades, medan antalet steg till 80 % bland dem som belönades. Bland altruisterna ställde 80 % av dem som inte belönades upp. I gruppen som utlovades belöning fanns däremot en tendens att antalet som ställde upp föll – äkta altruister kanske känner sig obekväma eller till och med kränkta av att erbjudas belöning för något som de uppfattar som en altruistisk handling. Se också *situationsetik* och *mynttelefon-experimentet*.

LITTERATUR: Andersen 1993, Romer et al. 1986.

Alzheimer eller Alzheimers sjukdom är en neurologisk degenerativ sjukdom som förstör viktiga delar i hjärnan så att kognitiva funktioner liksom minnesfunktioner avtar eller helt utsläcks. Namnet härstammar från den tyska neurologen och psykiatern Alois Alzheimer (1864–1915) som 1906 för första gången beskrev sjukdomen och observerade att de funktionella nervcellerna degenererar och ersätts av ärrbildningar som består av ett äggviteämne, amyloid. Man vet inte vad som orsakar sjukdomen, och man har diskuterat olika externa faktorer som tillförs kroppen via maten som tänkbara orsaker, men man har inte med säkerhet kunna isolera någon eller några specifika orsaker. Det har därför varit svårt att på ett rationellt sätt förebygga sjukdomen eller bromsa sjukdomsutvecklingen. Man vet dock att individer med Downs syndrom som har en extra kromosom 21 (trisomi 21) har en speciell gen som styr produktionen av amyloid, vilket leder till att patienter med trisomi 21 oftare drabbas av alzheimer. I dag finns också medicin som möjligen kan bromsa upp sjukdomen något. Cirka tre procent av Sveriges befolkning som är mer än 65 år gamla har Alzheimers sjukdom och bland dem som är äldre än 80 år lider tio procent av sjukdomen – sjukdomen är alltså tydligt åldersrelaterad.

En patient med framskriden Alzheimers

sjukdom har nedsatt autonomi och närstående, vårdombud eller annan ställföreträdare får så småningom fatta beslut i patientens ställe, exempelvis rörande deltagande i forskning och undervisning eller hur länge livsuppehållande behandlingar ska fortgå. Alzheimer-patienter som inte kan vårdas hemma är i praktiken inlåsta (även om de i princip inte är det) på institutioner och man använder sig av kodlås där exempelvis fyra siffror anges ovanför låset. Alzheimer-patienterna klarar inte att kombinera denna typ av sifferkoder. Syftet är att hindra patienten från att lämna avdelningen utan medföljare eftersom patienterna kan irra runt och under vintertid gå ut oklädda och frysa ihjäl eller drunkna. Även för sådana situationer med inlåsning behövs vikarierande beslutsfattande. Frågan huruvida den vård patienter med långt gången alzheimer får ska bestämmas av *livstestamente* debatteras flitigt. Se även *somatisk tvångsvård*.

Amauer Hansen, Gerhard (1841–1912) var en norsk läkare och forskare som 1875 föreslog sambandet mellan leprabakterien och sjukdomen spetälska (lepra). Det var en viktig upptäckt eftersom den vanliga uppfattningen var att sjukdomen var ett straff för ett syndigt leverne. Hansen genomförde dock en kontroversiell studie som han trodde definitivt skulle kunna underbygga hans hypotes om sambandet mellan leprabakterien och lepra. Han inficerade djur med lepra, men då det inte förde till de förväntade resultaten försökte han att inficera en frisk person i ögat med leprabakterier. Detta ledde 1880 till att han blev åtalad och dömd vid domstolen i Bergen. En anledning till Hansens iver att leverera ett bevis var antagligen att han befann sig i en konkurrenssituation. Den tyska dermatologen Albert Neisser besökte Hansen 1879 och fick lepramaterial med sig hem. Neisser lyckades med en speciell färgteknik isolera leprabakterien. Neisser lade sedan fram sina resultat utan att ens nämna Hansen och krävde prioritet för upptäckten av leprabacillen. Se *prioritetsstrider*.

Ambivalens är ett annat uttryck för kluvenhet och används ofta i samband med etiska valsituationer där man inte känner sig nöjd med något alternativ. En kvinna kan exempelvis känna sig ambivalent inför beslutet att göra abort, och föräldrar kan känna sig ambivalenta till neonatalvård av extremt för tidigt födda barn. En patient som befinner sig i livets slutskede kan känna ambivalens inför sin situation: vill kanske å ena sidan få dö för att slippa fortsatta plågor, men vill samtidigt fortsätta att leva så länge som möjligt.

Analogiresonemang hänvisar till relevanta likheter mellan olika företeelser eller fall. Formellt kan man säga att om A har egenskapen n och m och B har egenskapen n så kan man i analogi med A säga att B då även har egenskapen m. Analogiresonemang har en speciell betydelse när man jämför fall (kasuistik) inom modern etik likaväl som inom exempelvis *judendom* och *islam*. Dessa religioner har utvecklats i en tid som i många avseenden avviker från vår tid och det har därför varit av intresse att tolka de religiösa föreskrifterna så att de kan tillämpas även i vår tid. I de heliga skrifterna står det exempelvis ingenting om moderna syntetiska läkemedel som kan användas centralstimulerande och även missbrukas. Man har därför tolkat föreskriften att inte berusa sig med alkoholhaltiga drycker mer generellt och säger att detta förbud att berusa sig med hjälp av alkohol också gäller andra medel för berusning. Det man gör är alltså att studera i vilken omfattning den situation man befinner sig i är lik den som beskrivs och där det finns vägledning i de heliga skrifterna. I föreliggande text använder vi begreppet *etisk grammatik* i analogi med inläring av språk genom grammatiken och via naturmetoden.

Analogiresonemang används också inom vetenskaperna, speciellt i syftet att generera nya hypoteser som sedan testas empiriskt. Den brännsårskirurg som kom på att man kunde behandla brännsår med kallt vatten (innan dess var det kontraindicerat med vatten på brännsår på grund av infektionsrisken), sägs ha kommit

på detta i samband med att hans fru glömde att spola hans löskokta ägg under kallvattenkranen och ägget visade sig sedan vid serveringen vara hårdkokt. Om man kan förebygga att ägget koagulerar genom att spola det under kallt vatten skulle man sålunda kunna tänka sig att i analogi med beredningen av ett löskokt ägg, också behandla ett brännsår med kallt vatten och sålunda förebygga koagulationsprocessen i det. Se också *potentialitetsargument*.

LITTERATUR: Andrén 2004, Föllesdal et al. 2001, Johansson et al. 2008.

Analys eller etisk analys och problemlösning baseras vanligen på å ena sidan fakta, empiriska data, sannolikheter etc. och å andra sidan värderingar, etiska principer och teorier. Oenighet och kontroverser kan sålunda bero på både 1) oenighet om fakta dvs. hur man ska tolka empiriska data, vad som är ett vetenskapligt faktum eller sannolikheter om framtida händelser, och 2) att man har olika värderingar eller hänvisar till olika etiska principer eller teorier. Det senare slaget av oenighet kan röra vad som är gott och dåligt eller vad som är rätt eller fel. Exempelvis kan man vara oenig om det är konsekvensen av en handling eller avsikten hos den handlande som ska ha företräde. Därför kan det vara en fördel att innan man börjar en egentlig etisk analys klargöra om eventuell oenighet beror på oenighet om tolkningen av empiriska data eller oenighet om grundläggande värderingar. Inte sällan handlar s.k. etiska diskussioner mer om att de involverade *aktörerna* har olika erfarenheter, föreställningar och tolkningar av omvärlden. Ett exempel är diskussionen om de apatiska flyktningbarnen i Sverige. Samtliga berörda vårdgivare är nog eniga om att man ska försöka behandla och hjälpa dessa barn på bästa möjliga sätt och inte skada dem eller förvärra deras situation. Det man diskuterar bland exempelvis barnpsykologer och barnpsykiatriker är den empiriska frågan hur man bäst hjälper dessa barn och orsaken till tillståndet.

Ibland kan värderingar presenteras som vore det frågan om fakta. P.C. Jersild har i sin bok Medicinska memoarer ett intressant exempel

med en histologilärare som lade ut texten om det minskande värdet av äldre människor, som om detta var en presentation av fakta. Ett annat exempel är också från anatomiundervisningen, där anatomen klargjorde att kvinnor utvecklingsmässigt "hade klättrat ner från träden" senare än män. När flera i den fullsatta föreläsningssalen protesterade, beklagade anatomen (en man), men tillade att det han sa var "bara en fråga om fakta". Man bör alltså vara uppmärksam på att fakta kan vara värdeimpregnerade och att värderingar ibland kan vara beroende av fakta om sannolikheter och risktagande. Gränsen mellan fakta och värderingar är dock mer flytande än man kanske tänker sig i förstone. Det finns flera skäl till detta. Ett är att sannolikhetsutsagor ofta är bedömningar snarare än rapporter om relativ frekvens. Ett annat är att vad vi observerar ofta är teoriimpregnerat, bland annat eftersom observationer påverkas av vad vi redan tror och val av teori bestäms av vetenskapsteoretiska värderingar som fruktbarhet och enkelhet. Alltså är också vetenskapliga teorier delvis bestämda av värderingar.

Var man lägger huvudvikten för en etisk analys kan bero på vilken etisk skolbildning man tillhör. En anhängare av *konsekvensetik* skulle fokusera på olika handlingsalternativ och de tänkbara konsekvenserna av dessa handlingsalternativ. En *pliktetiker* skulle fokusera på viljespekter och avsikter. En anhängare av *principbaserad etik* (principilism) skulle fokusera på de olika aktörerna och deras intressen, värderingar och åsikter, för att sedan relatera till de fyra etiska principerna: göra gott, icke skada, autonomi och rättvisa. Vi ska här föreslå ett pragmatiskt sätt att gå fram på.

Låt oss ta utgångspunkt i en klinisk situation där man på en vårdkonferens ska diskutera avslutandet av intensivvården av en svårt sjuk patient. På en sådan vårdkonferens sitter då representanter för både undersköterskor, sjuksköterskor och berörda läkare som kan komma från flera specialiteter, exempelvis neurokirurgi och intensivvård. Dessa olika personer fokuserar till följd av skilda bakgrunder, erfa-

renheter och uppdrag på olika aspekter av den sjuka patientens situation. Det första man då skulle försöka ta reda på är a) vad som finns av relevanta fakta angående diagnos, prognos med och utan behandling, b) vad patienten vill och om patienten inte själv har möjlighet att ta ställning eller lämnat ett *vårddirektiv*, så får man inhämta närståendes synpunkter samt försöka skissera patientens *hypotetiska vilja*, samt c) vilka etiska principer eller begrepp som har relevans för bedömningen. För det andra kan det sedan vara rimligt att försöka ge en så realistisk bedömning som möjligt av a) konsekvenserna av olika handlingsalternativ, b) vilken etisk princip eller teori som bör tillämpas, c) de olika *aktörernas* intressen liksom deras avsikter och önsknings; det gäller både normativa och faktiska aktörsintressen. För det tredje försöker man sedan att förhandla och uppnå konsensus om en behandlingsplan oberoende av om den blir neurokirurgisk eller palliativt inriktad. Förhandlingen kan bli problematisk eftersom fakta och värderingar kan blandas samman och man får då tydliggöra vad det är man är oenig om ifall man inte kan uppnå enighet. Om man inte kan uppnå enighet kan det var viktigt att gå stegvis tillväga så att man har möjlighet att även tydliggöra eventuell oenighet. För det fjärde kan man efter det att man kommit överens, försöka förtydliga hur man kan motivera sitt beslut, och där måste man vara uppmärksam på att motiveringen ska vara acceptabel för alla berörda – inklusive patienten och de närstående. Avslutningsvis följer man upp beslutet och undersöker om beslutet när det effektuerades blev tillfredsställande, eller om det fanns aktörer som i efterhand skulle vilja ha gjort det hela på ett annat sätt eller motiverat handlingen på ett annat sätt. I detta skede får man sedan ta ställning till om det finns anledning att revidera etiska principer, hur man värderat dessa eller om det finns behov av mer kunskap innan man fattar denna typ av beslut.

Detta är förstås inte enda sättet att genomföra en etisk analys. En etisk analys kan vara av mer eller mindre filosofisk karaktär och relaterad till en *metaetisk* approach (som exem-

pelvis Immanuel Kants analys av det goda som den goda viljan) eller en *normativ* etisk analys, men för praktiskt kliniskt arbete eller för forskningsetiska bedömningar, där det finns flera personer med olika intressen och där man utgår från ett konkret fall, kan det skisserade tillvägagångssättet vara användbart. Se också *aktör* och *aktörsintressen*.

LITTERATUR: Hermerén 1986, Jersild 2006, Johansson et al. 2008, SMER 2008.

Analytiska påståenden är sådana vars sanningshalt kan avgöras enbart genom en begreppsanalys. Ett klassiskt exempel är påståendet att alla ungarlar är ogifta – det ligger i själva begreppet eller definitionen av ungarlar att det är en ogift man. Ett analytiskt sant påstående är alltså sant oberoende av möjligheten att kunna kontrollera påståendet empiriskt till exempel genom observation. Vi skulle *a priori* kunna säga att det är en helt meningslös uppgift att gå ut och undersöka om ungarlar nu också är ogifta män. Även om alla analytiska satser är *a priori* är det inte säkert att alla *a priori*-satser är analytiska. Exempelvis Kant menade att matematiska satser är syntetiska *a priori*, vilket innebär att vi får kunskap om dem oberoende av erfarenheten, men deras sanningshalt bestäms inte av en begreppsanalys. Se också *syntetiska påståenden*.

LITTERATUR: Näss 1970.

Anomali är inom vetenskapen beteckningen för ett oförklarligt fenomen som till exempel då Sigmund Freud observerar cirkulära avgränsningar av smärtkänslighet – där man skulle ha förväntat sig avgränsningar enligt dermatomers utbredning. En anomali kan också illustreras med förekomsten av ett svart hjärteress i en kortlek. Man vet helt enkelt inte vad man ska göra med det eftersom det inte ingår i begreppet kortlek – det har ingen funktion och ger ingen mening. Vi kanske uppfattar kortet som ett feltryck eller möjligen som en extra joker och slutar bry oss. Men vi kan också börja fundera på om det ändå har en mening, och att det kanske finns spel som vi inte känner till och

som skulle kunna upptäckas om vi började studera de svarta hjärteressen närmare.

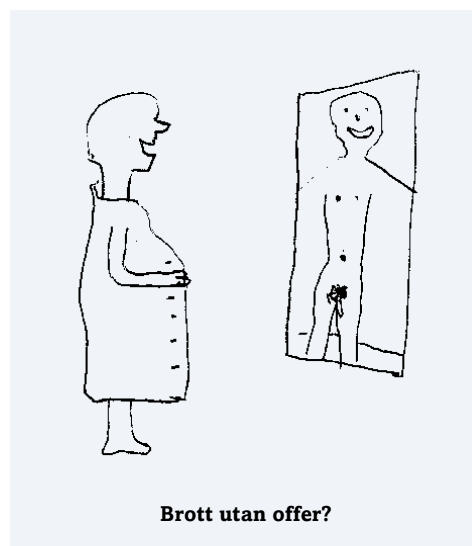
Man brukar säga att en vetenskap kan födas, leva och dö med sina anomalier, men att i vissa situationer kan vetenskapliga anomalier vara det som leder till vetenskapliga revolutioner. Om vi till exempel tänker på Semmelweis och hans hypotes om att det var "likämnen" som läkarna och de läkarstuderande förde med sig från obduktionerna till de födande kvinnorna och därmed orsakade barnsängsfeber, så uppfattades hypotesen om dessa likämnen som i bästa fall spekulativ, i värsta fall stötande. Det var först med Pasteur och Koch, som utvecklade det mikrobiologiska paradigmet, som vi kunde omtolka likämnen i termer av mikroorganismer och därmed förklara och förstå orsakssambandet. Under Semmelweis livstid var idén om "likämnen" en anomali, något obegripligt och perifert som man helst ville bortse från, men med mikrobiologin och omtolkningen blev "likämnen" helt centrala och huvudfokus i det nya paradigmet. Se också *vetenskapligt paradigmet*.

LITTERATUR: Johansson et al. 2008.

Ansvar innebär bland annat att man kan ställas till svars för hur man handlat i ett visst sammanhang; oftast hänvisas det då till något brottsligt eller omoraliskt beteende och detta oberoende av om det fanns en avsikt eller inte. Dock görs man sällan ansvarig om det inte fanns en avsikt eller handlingens konsekvenser var oförutsebara. Man kanske bara råkade handla på ett sätt som kom att skada en själv eller andra. Jobbar man inom sjukvården förutsätts det att det alltid finns en avsikt att göra gott, men ibland kan man missa viktiga diagnoser eller göra misstag vid en operation och man kan då anmälas för försumlighet. Även om vi kan tala om att vi då är skyldiga i moralisk mening (gentemot patienten) finns det också en legal aspekt på frågan som regleras av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Man kan också tala om moraliskt ansvar med innebörden att man bryr sig om på ett särskilt sätt eller har speciella förpliktelser gentemot sig själv, andra människor eller grupper av människor, djur,

natur etc. Det finns olika synsätt på om vi har ett särskilt ansvar gentemot dem som vi står i särskilda relationer till, exempelvis familj, släktingar, vänner, kollegor eller patienter. Bland konsekvensetikern är det vanligt att anse att vi i grunden inte har något sådant särskilt ansvar, eftersom ansvaret enligt konsekvensetiken är proportionerligt med hur mycket vi kan påverka andras välbefinnande. Konsekvensetikern brukar dock framhålla att det i praktiken behövs en arbetsfördelning och att det därför är viktigt att hålla vissa mer ansvariga för omvårdnaden än andra. Enligt konsekvensetiken är det alltså pragmatiskt snarare än principiellt motiverat att exempelvis läkare har särskilda förpliktelser gentemot patienter. Däremot är det bland dygd- och pliktetikern vanligt att anse att man har särskilda förpliktelser gentemot andra enbart i kraft av att man står i vissa relationer till dem.

Även som läkare eller yrkesverksam inom sjukvården har vi ett speciellt ansvar att ta hand om patienter i medicinsk nöd eller på annat sätt i behov av vår hjälp, och vi har ett lagmässigt ansvar såväl som ett moraliskt ansvar att ge vård. Dessa två typer av ansvar kan ibland komma i konflikt med varandra, om vi exempelvis ger vård till sådana patienter som inte omfattas av hälso- och sjukvårdslagen, som s.k.



Brott utan offer?

papperslösa vuxna. Detta gäller "gömda" vuxna flyktingar. Gömda barn har däremot samma rättigheter till vård som bofasta barn. Även om hälso- och sjukvårdslagstiftningen också föreskriver att sjukvård ska ges på lika villkor utan avseende på kön, ålder, etnisk tillhörighet, position i samhället etc. så gäller dessa regler inte för människor som vistas illegalt i landet, och asylsökande har under det att deras ansökan om uppehållstillstånd är under behandling begränsad rätt till sjukvård (om vård inte kan anstå).

Om man ställs till ansvar för en handling så underförstås det oftast att det finns någon som drabbats av min försummelse eller övergrepp, dvs. att det finns ett "offer". Frågan kan vändas och man kan ställa sig frågan om det kan finnas ett brott och ett ansvar om det inte finns ett offer.

Inom Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd kan de som omfattas av lagen om yrkesverksamhet inom sjukvården prickas (exempelvis få en erinran eller varning) om de utsatt en patient för risk för skada. Det spelar här ingen roll att patienten faktiskt inte blev skadad, utan det är riskbeteendet, som potentiellt skulle kunna ha skadat patienten, som gör exempelvis läkaren eller sjuksköterskan ansvarig även för denna typ av händelser. Man kan säga att det fanns ett potentiellt offer. Det är dock svårare att se att andra berörs om vi beaktar mer samhälleliga företeelser som anses eller tidigare har ansetts vara brottsliga, exempelvis självmord eller vissa s.k. sexuella avvikelser. I sådana sammanhang finns inte nödvändigtvis något offer.

För att få en förståelse av vad ansvar innebär kan vi se på dess motsats, nämligen att vara ansvarslös eller oansvarig, vilket innebär att jag inte tagit ansvar för att utföra handlingar eller förhålla mig på ett sätt som man skulle ha förväntat sig om jag hade varit ansvarsfull. Om jag exempelvis har underlåtit att undersöka en patient som jag vederbörligen borde ha undersökt grundligt eller uteblir från ett jourpass utan att meddela detta, så har jag inte bara varit försumlig, jag har handlat oansvarigt. Om vi tänker oss (det otänkbara) att det även fanns en avsikt att skada patienten så är det frågan om en brottslig

handling. I vardagssammanhang liknar detta underlåtelser att laga mat till mina minderåriga barn eller att jag lämnade dem ensamma hemma för att gå på bio.

Om oansvarigheten enbart riktas mot mig själv talar man ibland (exempelvis moralfilosofen Hans Jonas (1903–1993)) om att man handlar lättsinnigt. Om samma lättsinnighet drabbar andra kan det bli oansvarigt eller rent av brottsligt. Men som Jonas säger är det enbart den som har ett ansvar och kan axla detta som kan vara oansvarig. De som inte förmår att ta vara på sig själva eller andra förebrår vi inte om de handlar på ett sätt som vid första anblicken kan förefalla oansvarigt. För att kunna vara ansvarig måste man kunna överblicka konsekvenserna – även långsiktiga – av sitt handlande. Det är bland annat anledningen till att man sällan ställer minderåriga eller psykiskt funktionshindrade och patienter som lider av senil demens till ansvar för sina handlingar på samma sätt som andra. Se också *straff*.

LITTERATUR: Jonas 1991.

Ansvarskris kan man hamna i om man inom sjukvården tror att man arbetar i det godas tjänst och sedan upptäcker att det man håller på med är gagnslöst eller kanske skadligt. Ett typexempel på forskare som hamnat i en ansvarskris var en del av de atomfysiker som under andra världskriget var med om att utveckla atombomben. För många var syftet att komma före de tyska atomfysikerna som man 1942 trodde var i färd med att framställa atomvapen. Men då det under 1944 blev känt att tyskarna inte hade något fungerande program för framställning av sådana vapen – och särskilt sedan tyskarna kapitulerat i maj 1945 – ansåg många atomfysiker att man skulle stoppa hela projektet. Som bekant fullföljdes det och med bomberna över Hiroshima och Nagasaki försattes dessa fysiker i en ansvarskris.

Liknande situationer kan i vissa sammanhang uppkomma inom kliniken. Exempelvis har de barnläkare som vårdar apatiska flyktingbarn som sedan ska avvisas upplevt en ansvarskris inför sådana avvisningsbeslut. Man vet inte

med säkerhet vilken vård dessa barn kommer att hänvisas till i hemlandet, trots myndigheternas löften om att vården i hemlandet ska vara likvärdig den de skulle få i Sverige. Med tanke på den höga standarden på sjukvården i Sverige finns där anledning att tro att vården i hemlandet inte är av samma kvalitet. Att skicka en patient till en oviss eftervård eller till en vård som kan antas vara sämre än den som man själv kan ge, upplevs som etiskt kontroversiellt. Det är orättvist och det finns risk för att barnet blir sämre/skadat. Att enbart bidra till att göra ett sådant barn "flyttbart" för att kunna avvisas upplevs synnerligen problematiskt och sjukvårdspersonal som medverkar i sådan verksamhet kan sålunda hamna i en ansvars- eller samvetskris. I Sverige skickar man exempelvis inte en utomlänspatient tillbaka till sitt hemlandstings sjukvård för vidare vård, om den vård som kan ges där inte är likvärdig den som ges på det aktuella sjukhuset, som exempelvis kan vara ett universitetssjukhus.

LITTERATUR: Lynöe 1999.

Apati är en term som ursprungligen kan härledas till *stoicismen* och betydde ursprungligen att man ska sträva efter att inte låta känslorna eller passionerna styra ens liv. Strävan för stoikerna var att helt göra sig fri från det jordiska livets lidelser, frestelser, begär, drifter, ambitioner och passioner för att på detta sätt uppnå stoisk ro, dvs. en inre sinnesfrid och en upphöjd likgiltighet för den yttre världens kaos. Att vara empatisk, dvs. att leva sig in i en annan människas lidande, skulle enligt stoicismen vara uttryck för ett långtgående självplågeri. En mer entydigt positiv aspekt av stoicismen är dess uppfattning att man bör utveckla förmågan att inte låta sig nedslås av händelseförlopp som man ändå inte kan påverka (se också *kognitiv beteendeterapi*). Enligt stoicismen är apatin ett idealt tillstånd och det att vara apatisk uppfattas som en dygd. Liknande strävande kan man hitta inom vissa religioner. Se exempelvis *buddismen* där man i syfte att komma i ett tillstånd av intethet (*nirvana*) genom meditation kan frigöra sig från begär och livstörst. Se också *daoism*.

I dag har apati en helt annan innebörd där det ses som ett sjukdomstillstånd (jämför diagnosen på de s.k. apatiska flyktingbarnen) och att vara empatisk anses vara en förutsättning för att kunna hjälpa en annan människa på ett optimalt sätt. *Empati* anses sålunda också vara en förutsättning för ett etiskt förhållningssätt till andra människor.

LITTERATUR: Andersen 1993, Favrholt 1997.

Apatiska flyktingbarn är beteckningen på barn till asylsökande familjer som gradvis sluter sig i sig själva och så småningom bryter kontakten med omvärlden; barnet reagerar knappt på yttre stimuli och utan omvårdnad och närings-tillförsel skulle barnet sannolikt avlida. Orsaken till tillståndet är okänt, och det har i detta etiologiska tomrum uppstått en rad olika mer eller mindre välgrundade hypoteser, exempelvis att barnen skulle vara förgiftade av sina föräldrar eller att barnen simulerar. En hypotes är att det kan vara de trauman som barnet varit med om eller bevittnat som bidrar. Det kan röra sig om att barnet bevittnat misshandel eller våldtäkter av familjemedlemmar eller andra typer av kränkningar och förnedringar. Föräldrarnas eget psykiska tillstånd och förhållningssätt anses också vara av betydelse, då en depressiv förälder kan hindra tillfrisknandet. Många av föräldrarna till dessa barn lider själva av psykiska sjukdomar, ofta depression. Det apatiska tillståndet anses kunna förebyggas om man tidigt griper in med stödjande funktioner till föräldrarna och barnet. Utdragna asylprocesser med långa väntetider fyllda av osäkerhet inför framtiden bör även påverka tillståndet negativt.

Liknande tillstånd har beskrivits bland vuxna med en fatalistisk inställning till tillvaron; det har exempelvis rört sig om fångar i de nazistiska koncentrationslägren som fick reda på att de inte skulle komma levande ut. Vissa av dessa gav upp, isolerade sig, varken åt eller drack och blev helt okontaktbara för att sedan avlida efter cirka en vecka. *Voodoo-effekten* finns också beskriven i kliniska sammanhang, exempelvis när patienter som går ner i ett djupt depressivt tillstånd och som utan behandling ligger helt stelt och stirrar

rakt upp i taket (stuporöst tillstånd). Det sistnämnda tillståndet kan enbart brytas genom att patienten får elektrokonvulsiv terapi (ECT, s.k. *elbehandling*), vilken man inte har någon erfarenhet av hos barn och ungdomar. Se också *voodoo-effekt* och *noceboeffekt*.

A priori är ett uttryck som används inom kunskapsteori och beskriver att kunskapen har uppnåtts oberoende av eller före erfarenheten eller den empiriska kontrollen. A priori-antaganden är ofta sådana som inte ifrågasätts eller kan ifrågasättas genom hänvisning till erfarenheten. Inom matematiken talar man om axiom som just är ett antagande om (den matematiska) verkligheten som inte kan ifrågasättas genom observation eller bevis. En del antaganden om värden och principer inom etiken har karaktär av a priori-antaganden. Följande är exempelvis a priori: antagandet om att två situationer som är identiska med avseende på alla naturliga (icke-moraliska) egenskaper också måste vara identiska med avseende på de moraliska egenskaperna (tesen om moralens *supervenians* på världen). Exempelvis kan inte en person som är helt identisk med Hitler (är som han är, gör vad han gör) vara god (givet att Hitler var ond). Eller sagt mer generellt: det som är fel (eller rätt) i en situation kan inte vara rätt (eller fel) i en annan situation som i alla relevanta avseenden är likadan. Denna princip går inte att bevisa empiriskt, men ter sig så pass rimlig att man utgått från att ingen förnuftig människa kan förneka den. Motsatsen till a priori är a posteriori vilket då innebär att kunskapen är beroende av erfarenheter och sålunda våra sinnen. Etiska resonemang baserar sig både på a priori- och på a posteriori-utsagor.

Aristoteles som levde 384–322 före vår tideräkning var en av antikens stora filosofer och vetenskapsmän som bidrog till kunskapsutvecklingen inom både filosofin och de empiriska vetenskaperna. Under den grekisk-romerska antiken var det dock Platons och stoicismens tankar som var dominerande. Vid det Västromerska rikets fall år 476 blev de aristoteliska

skrifterna förda till Syrien och Persien, och de översattes på 800-talet till arabiska och sedan på 1130-talet till latin. Både judiska och islamiska skrifter innehåller sålunda på 1100-talet ofta aristoteliskt tankegod. Detta var dock inte oproblemiskt eftersom den aristoteliska läran förutsatte att människan inte var skapad av Gud. Det var först med Thomas av Aquino som Aristoteles läror införlivades i kristendomen, dock på så sätt att om det fanns tvivel så var det den kristna uppfattningen som fick tolkningsföreträde. Thomas integrerade kristendomen med den aristoteliska naturfilosofin och använde den aristoteliska logiken som redskap inom teologin. För både Aristoteles och Thomas var lycka eller lycksalighet det högsta målet med livet. Det fanns dock olika sätt att nå detta mål. För Aristoteles var det när man blivit en dygdig människa. För Thomas inträdde lycksalighet när man uppnått en gudsgemenskap. Thomas kanonisering av Aristoteles läror medförde dock också en konservering av kunskapssynen. Det sista ordet var sagt och det var förknippat med stor fara för sitt liv att ifrågasätta till exempel den aristoteliska uppdelningen i en jordisk sfär (terrest) och en himmelsk (celest) med var sin väsensskild fysik, något som exempelvis både Bruno, Galileo och Kopernikus fick uppleva.

Aristoteles ansåg att den empiriska kunskapen också var av betydelse och att erfarenhet var avgörande för utvecklingen av en människas goda egenskaper – både tekniska färdigheter och moraliska dygder. För Aristoteles var målet för det goda livet lycka av det högre slaget, "eudaimonia", inte det lägre "hedonia". I motsättning till *Bentham* och den hedonistiska utilitarismen är det inte frågan om en lyckokänsla utan om det sätt varpå man uppnår lyckan samt att vara lyckad, också på moralens område. Det vill säga att dygderna eller sättet att leva sitt liv blir centrala. Rätträdighet, måttfullhet och visdom blir de dygder som ska leda fram till det goda livet och lyckan, och det är personens egenskaper och förmågan att förädla dessa som är avgörande. En dygd kan sägas vara den gyllene medelvägen mellan två extremer

och generositet är sålunda den *gylle medelvägen* mellan å ena sidan att vara slösaktig och å andra sidan vara snål. Se *dygdetik*.

Aristoteles tänkte sig att en människas moraliska utveckling sker stegvis. Första steget innebär att man handlar rätt därför att man straffas om man inte gör det. Andra steget innebär att man handlar rätt därför att man vill visa respekt för lagen och tredje steget innebär att man handlar rätt därför att man har insikt i vad som är det rätta och för att man utvecklat praktisk klokskap (se *fronesis*). Aristoteles moraliska utvecklingsstege kan jämföras med den moderna synen på utvecklingen av *expertkunmande* enligt de amerikanske bröderna Dreyfus. Bröderna Dreyfus räknar med fem stadier: novisen, den avancerade nybörjaren, den kompetente, den skickliga och experten. I denna modell liksom i den aristoteliska inbegrips även den tysta kunskapen, men det är viktigt att påpeka att det inte rör sig om en etik som baserar sig på magkänsla eller enbart känslor, vilket dygden självbehärskning indikerar.

En modern förespråkare för den aristoteliska dygdetiken är den amerikanska filosofen Martha Nussbaum som tagit intryck av Aristoteles betoning av människans funktioner, att exempelvis utföra de handlingar man kan på ett bra sätt. Nussbaum har försökt att konkretisera vad som karakteriserar det goda livet i relation till människans förmåga att leva upp till dessa karakteristika. En persons livskvalitet mäts sålunda i termer av hälsa, förmågan att reflektera rationellt om sitt livsprojekt, förmågan till nära relationer till andra människor samt även förmågan att leka och ha roligt. Detta är förstås inte oproblematiskt om det ska tillämpas på olika grupper av handikappade. En annan känd modern förespråkare för Aristoteles dygdetik är *Alasdair MacIntyre*.

LITTERATUR: Andersen 1993, Aristotle 1991, Dreyfus et al. 1986, MacIntyre 1996, Nussbaum 1995 och 1997.

Artism är det svenska uttrycket för synsättet att en art (människan) står över och är mer värd än andra arter, exempelvis vissa högre stående

djur; på engelska används uttrycket *speciesism*. Artism kan sägas motsvara de begrepp vi använder då vi beskriver diskriminering med avseende på kön – *sexism* – eller med avseende på ras – *rasism*. Enligt djurrättsfilosofer borde vi uppfatta artism som lika besvärande som sexism och rasism – i alla fall borde vi uppfatta det lika svårt att argumentera för artism. Man hänvisar då ofta till argumentet om marginella fall, som i korthet säger att vilket kriterium man än väljer för att räknas in i moralens domän så kommer vissa djur att räknas in eller vissa människor att räknas ut (marginella fall). Tar vi förmågan att känna smärta kommer en hel del djur att räknas in och då blir det oklart varför dessa djur ska behandlas sämre än människor (ätas och användas till försök, exempelvis). Om vi, för att undvika denna konsekvens, tar egenskapen att vara eller kunna bli förnuftig, moraliskt ansvarig eller dylikt, så kommer en hel del människor att räknas ut, som gravt förståndshandikappade eller senildementa. Då blir det oklart varför dessa människor ska behandlas bättre än de djur vi säger har lägre värde på grund av avsaknaden av dessa egenskaper. För att få moralens domän att omfatta alla människor och enbart människor verkar enbart alternativet att hänvisa till att de tillhör arten *homo sapiens* återstå, vilket inte verkar mindre godtyckligt än att hänvisa till andra biologiska klasser, som kön eller hudfärg. Se vidare *superveniens*.

LITTERATUR: Singer 1996.

Ashley-behandling, se *enhancement*.

Assisterad befruktning är ett samlingsnamn för olika metoder som syftar till att hjälpa vuxna som inte kan få barn på ”naturlig” väg att få egna biologiska barn. Man kan med olika tekniker hjälpa paret med att befrukta ägg eller rent av ta ut ett antal ägg och tillsätta sperma och i provrör (in vitro) befrukta ägget. Efter befruktning och undersökning av om embryot är livsdugligt (viabelt) kan ett eller flera embryon placeras i livmodern – s.k. in vitro-fertilisering (*IVF*) eller provrörbefruktning. *IVF* används också i fall där det finns genetisk

risk för ärftlig sjukdom och man kan då screena de aktuella embryona och välja ett som inte bär på de aktuella generna. Man talar då om *pre-implantatorisk genetisk diagnostik (PGD)* där det dock är nödvändigt att stimulera kvinnan med hormon för att få tillgång till flera ägg. Man kan även med hjälp av PGD välja ut embryon som har samma vävnadstyp (HLA) som ett sjukt syskon, som då skulle kunna få hjälp av stamcellerna som kan tas från det nya barnets navelsträngsblod. Man talar då om HLA-PGD. Vissa uppfattar detta som kontroversiellt, eftersom det blivande barnet åtminstone delvis väljs för att kunna rädda livet på dess syskon. Motiven för att skaffa barn växlar förstås, men en del kritik riktas mot att det nya barnet används som ett medel – dock inte nödvändigtvis enbart ett medel – för det andra barnets behandling. Man vet vidare inte på vilket sätt detta kan påverka relationen mellan syskonen då de får reda på det, och man har liten erfarenhet av hur relationen mellan det senast födda barnet och föräldrarna utvecklas. Detta har bidragit till att man i Sverige är försiktiga med att tillåta HLA-PGD och enbart gör det under Socialstyrelsens kontroll. Argumenten för att tillåta detta är framför allt att man genom detta kan hjälpa ett svårt sjukt barn, samt kan undvika att föräldrarna tar chansen men får ett nytt barn som inte är HLA-anpassat till det sjuka barnet. Vidare måste de eventuella (och spekulativa) psykiska svårigheter det utvalda HLA-kompatibla syskonet kan råka ut för, jämföras med alternativet: att det inte skulle ha funnits alls. Det är möjligt att denna typ av HLA-PGD-förfarande i framtiden inte kommer att bli någon stor sak ifall man kommer att utveckla biobanker för navelsträngsblod. Om man lyckas att få tekniken att få specialiserade celler som exempelvis hudceller att ”backa” och bli stamceller kommer även denna teknik att kunna överflödiggöra HLA-PGD-metoden. *IVF* kan också kombineras med *surrogatmoderskap*, vilket kan vara aktuellt om kvinnan kan producera befruktningsbara ägg, men på grund av problem med livmodern inte kan bära fram barnet själv.

Ytterligare metoder för assisterad befruktning är ägg- och spermadonation. Dessa metoder betraktas i allt mindre utsträckning som kontroversiella och är i dag tillåtna i Sverige. En metod som betraktas som betydligt mer kontroversiell är reproduktiv *kloning* för att framställa genetiskt identiska individer. Metoden går ut på att tömma ett obefruktat ägg på sitt genetiska innehåll, och ersätta detta med generna från en redan existerande individ, för att sedan sätta igång en celledelning. Motargumenten består ofta av dystopiska visioner om vad som kommer att hända om metoden tillåts. En sådan gäller galna despoter som skulle skapa lydiga och effektiva klonarméer. En annan dystopi hänvisar till risken för att den genetiska mångfalden skulle utarmas. Ibland grundar sig motståndet på rena missförstånd, som exempelvis att klonen skulle vara samma person som gendonatorn. I själva verket är klonen en unik individ – som du och jag. Klonen är förvisso genetiskt identisk med gendonatorn och kommer att likna donatorn på samma sätt som en äggstvillingar liknar varandra. Idén om att kloner skulle kunna fungera som slavar eller organbanker till oss andra är precis lika orimlig som att du och jag skulle utnyttjas på detta sätt. Riskerna för klonen, givet vår nuvarande kunskaps- och teknikinivå, är ett bättre argument mot kloning. Scenarierna för kloning, som försöker omtolka Aldous Huxleys ”sköna, nya värld” till en framklonad utopi, där friska välmående människor lever i fredlig samexistens och harmoni, ter sig minst lika långsökt som dystopierna.

Argumentet att kloning är en metod för assisterad befruktning för människor som inte kan få genetiskt besläktad avkomma på annat sätt har också ifrågasatts. Visserligen blir barnet genetiskt besläktat, men relationen mellan gendonatorn och klonen är *inte* densamma som mellan föräldrar och barn. Genetiskt är det gendonatorns föräldrar som är klonens föräldrar. Klonen och gendonatorn är en äggstvillingar – genetiskt sett. Enda tillfället där kloning ger upphov till ett barn i genetisk mening är när föräldrar klonar ett av sina tidigare barn. Om

detta tidigare barn förolyckats som nyfött och båda föräldrarna inte längre är fertila av någon anledning, kan kloning vara deras enda chans att få ett eget genetiskt barn. Denna situation är dock mycket ovanlig.

LITTERATUR: Harris 1998, Juth 2006, Munthe 1999.

Assisterat självmord innebär att någon hjälper en annan att begå självmord, vilket kan vara aktuellt om individen inte själv klarar av att göra det för egen hand. I Sverige är det inte olagligt (i Norge och Danmark är det straffbart) att assistera en annan människa om det sker på dennes begäran, men det kan i vissa fall vara svårt att skilja hjälp till självmord från mord eller dråp. De som hjälper exempelvis en allvarligt sjuk människa att ta sitt liv brukar sålunda exempelvis videofilma förloppet så att det på ett tydligt sätt framgår att det inte rör sig om mord. En mamma som hjälpte sin MS-sjuka dotter med att dö genom att föra (dödliga doser av) tabletter till hennes mun – på dotterns begäran – blev initialt åtalad för dråp, men domstolen godtog mammans förklaring att hon enbart fört pillren till dotterns läppar och att dottern själv svalt dem. Assisterat självmord är dock speciellt problematiskt om sjukvårdspersonal är involverad, eftersom det då kommer i strid med deras plikt att hjälpa och exempelvis förebygga självmord om dessa är en följd av psykisk sjukdom. Samtidigt ska man vara uppmärksam på att om sjukvårdspersonal inte kan medverka i dessa sammanhang kan de metoder som patienten väljer att använda vara förknippade med både smärta och ett stort lidande. Stora skuld känslor och vändor kan också uppstå för en närstående som hjälper en patient med ett självvalt livsslut. Se också *dysfemism* och *läkarassisterat självmord*.

Autenticitet är ett mångtydigt begrepp som används för att referera till olika företeelser av relevans för den medicinska etiken. För det första kan man tala om autentiska personer, vilket innebär personer som ”är sig själva” i en värdefull mening. Vad detta närmare bestämt inne-

bär är föremål för diskussion. Vardagsspråkligt brukar det innebära att personen är ärlig eller chosofri. I filosofiska sammanhang brukar det betyda att en person förverkligar sin (inre) natur. Den traditionella versionen av denna idé, som fanns hos *Aristoteles*, innebär att man förverkligar den arctypiska mänskliga naturen vi alla har potential att utveckla. Enligt *Aristoteles* är framför allt förnuftet en för människan unik och därmed arctypisk mänsklig egenskap. Ett viktigt mål för alla människor är därmed att kultivera sitt förnuft, vilket också är nödvändigt för aristotelisk lycka, också benämnd *eudaimonia*. En modernare version som återfinns hos både *Karl Marx* och *John Stuart Mill* är att det är individens egen inneboende natur som ska förverkligas, vilket bland annat innebär att man ska utveckla sina anlag och talanger.

Enligt en annan betydelse av autenticitet, som återfinns i bland annat *existentialistisk* tradition, är en autentisk person en som ställer upp och fullföljer sina egna målsättningar. Denna typ av tankegångar finns också hos modernerna liberala tänkare som *John Rawls* och *Robert Nozick*.

För det andra kan man tala om autentiska viljor, målsättningar eller önskemål. Detta är vanligt i relation till den nyss nämnda idén om att ett autentiskt liv är ett liv i enlighet med egna målsättningar. Då uppkommer frågan om vad det innebär att en målsättning eller ett önskemål är genuint autentiskt eller självständigt. Typexempel på osjälvständiga önskemål är sådana som är ett resultat av hjärntvätt, hypnos eller indoktrinering. Även önskemål som är ett resultat av psykologiska patologier brukar ses som oautentiska, exempelvis olika fobier (som duvfohi, som tar sig uttryck i en stark önskan att undvika duvor) räknas dit. Det finns åtminstone tre typer av idéer om vad som typiskt gör dessa önskemål oautentiska: 1) personen själv vill inte ha dessa önskemål och kan inte identifiera sig med dem, 2) de är inte mottagliga för rationell kritik, och 3) önskemålen har tillkommit på ”fel” sätt.

Den bakomliggande tanken bakom 1) är att en önskning är autentisk endast om personen

själv identifierar sig med önsknigen. Önsknigen får inte vara främmande för personen själv: En person lever inte ett bättre liv om hon får tillfredsställa önskemål som hon själv inte vill ha. Ett exempel kan vara knarkarens önskemål att få nästa sil eller rökarens önskemål att få nästa cigarett. Trots att rökaren vill ha cigarett vill inte rökaren vilja ha cigarett (vill inte vara en rökare). En önskan att ta nästa cigarett kan därmed inte anses vara autentisk enligt denna idé.

Den bakomliggande tanken bakom 2) är att ett önskemål inte kan vara genuint om det inte skulle överleva kritisk granskning. Problemet med denna tanke är att huruvida ett önskemål är i någon mening rationellt är en sak, och om det verkligen är ens eget (autentiskt) en annan. Vad som gör något rationellt från början är inte heller glasklart. Ett liknande problem tillkommer 3): Vad gör en tillkomsthistoria felaktig? Ett lösningsförslag som den svenska moralfilosofen *Niklas Juth* presenterat som kombinerar alla dessa tre intuitioner om autenticitet är följande: Oautentiska önskemål är sådana vi skulle vara benägna att överge om vi fick reda på varför vi har dem.

Vilken lösning man än väljer är frågan av yttersta vikt för den medicinska etiken: för att kunna ta ställning till vilka önskemål hälso- och sjukvården ska ta hänsyn till, och därmed när *autonomiprincipen* ska gälla, så måste man ha någon idé om vilka önskemål som ska respekteras. Om ett önskemål rimligen inte är patientens eget, dvs. oautentiskt, så är det svårt att se varför det bör respekteras. Med andra ord är frågan om autentiska önskemål väsentlig för frågan om autonomi inom vården. I medicinsk praxis finns också mer eller mindre uttalade idéer om autentiska önskemål redan i svang, vilket kanske är tydligast inom psykiatrin.

För det tredje kan autenticitet betyda att upplevelsen av världen är verklighetsförankrad, dvs. att det inte enbart handlar om den enskildes upplevelse av att världen är på ett visst sätt utan att det verkligen är så. Med andra ord ska upplevelsen av lycka vara orsakad av verkliga händelser, enligt denna idé. Speciellt inom den

hedonistiska utilitarismen har denna diskussion om autenticitet varit viktig. Enligt *Jeremy Bentham* är orsaken till en persons upplevelse av lycka eller välbefinnande likgiltig (etiskt neutral) medan det för andra (exempelvis *John Stuart Mill*) är viktigt. Man har exempelvis använt sig av exemplet med en nobelpristagare som är utsatt för en komplott; alla låtsas som om personen ifråga är genial och förtjänar sitt nobelpris. Man får även svenska kungen att spela med och personen ifråga tror att han har fått Nobelpriset och upptäcker aldrig att alla håller honom för en narr. Personen ifråga lever i lycklig okunskap om de faktiska förhållandena och känner stor glädje och välbefinnande. Personen kan sålunda sägas leva ett oautentiskt liv men är inte desto mindre lycklig.

Inom litteraturen finns också exempel på denna typ av situationer, exempelvis låter *Ludvig Holberg* huvudpersonen i sin pjäs *Jeppe på berget* suppa sig full och vakna i baronens säng. Alla spelar med i föreställningen om att Jeppe har förvandlats till baron. Det blir dock ett kort nöje eftersom *Holberg* använder experimentet som utgångspunkt för en sedelärande historia. Även inom filmen finns numera ett intressant exempel, filmen *Goodbye Lenin* från 2004 av *Wolfgang Becker*, vilken handlar om en kvinna i forna DDR som är högt uppsatt i partiet och som kollapsar i en hjärtinfarkt i samband med *murens fall*. Hon ligger i koma i nästan åtta månader och allt har under denna tid ändrat sig. Exempelvis har *Lenin*-statyer ersatts med *Coca-Cola*-reklam. Barnen har dock fått besked om att om mamman blir upprörd så kan hon drabbas av en ny infarkt och avlida. När kvinnan sedan efter åtta månader vaknar och inte minns vad som hänt innan hon insjuknade försöker sonen att återskapa bilden av den gamla trygga DDR-världen och lyckas med detta under en lång tid.

Exemplet med nobelpristagaren låter kanske lite långsökt och man kan nog hitta mer vardagliga situationer både i privatlivet och inom kliniken som närmar sig faktiska situationer. Det finns inom akademien exempel på hur vissa personer belönats för insatser där de själva bi-

dragit måttligt, men där man vill undvika att uppmärksamma den som egentligen borde ha belönats; på detta sätt kan de berörda parterna låtsas att pristagaren verkligen är värd sitt pris och denne blir glad och lycklig, men alla med kunskap om de faktiska förhållandena vet att pristagaren egentligen inte har något skäl till detta. Om man lever i ett äktenskap där ena parten känner sig lycklig och den andra bara luras och låtsas vara lycklig, är det frågan om det faktiskt är ett lyckligt äktenskap och hur autentisk den verkligt lyckliga är. Om man låter bli att berätta sanningen om vad en patient har varit med om under en operation (kanske för att inte oroa patienten eller för att dölja missförhållanden), och operationen trots allt ändå lyckas leder till att patienten överlever och patienten är mycket nöjd, är denna patients lyckokänsla då autentisk?

Man kan också diskutera huruvida en person som tar droger och som därigenom uppnår ett tillstånd av stor lycka eller välbefinnande, verkligen är lycklig. Den svenska moralfilosofen Torbjörn Tännsjö diskuterar drogers inflytande på en persons förmåga att fatta beslut som är i personens intresse. Ett exempel handlar om en person som lider av tvångsbeteende som hindrar henne från att gå ut och träffa vänner, och patienten vet att det finns medicin mot detta men vill inte ta denna. En väninna lyckas då bjuda patienten på en konjak i vilken hon blandat den medicin som patienten inte vill ha, och hon förstår snart att väninnan lurat henne men är i själva verket tacksam för vad väninnan gjort eftersom det nu gör att hon kan leva ett bättre liv. Tännsjö använder exemplet till att ifrågasätta huruvida man kan tala om att autonomi har *egenvärde*. Se också *vad man inte vet har man inte ont av*.

LITTERATUR: DeGrazia 2005, Frankfurt 1971, Holberg 1963, Juth 2005.

Autonomi kan generellt karaktäriseras som självstyre eller självbestämmande: Att vara autonom eller att leva ett autonomt liv är att leva ett liv i enlighet med sin egen uppfattning om vad som är ett gott liv, leva i enlighet med

sina egna värderingar och grundläggande önskemål eller att förverkliga sina egna projekt. Detta har ibland betraktats som något som har *egenvärde*. Karaktäriserat på detta vis är det uppenbart att autonomi handlar om grader: man kan mer eller mindre leva det liv man valt och mer eller mindre välja det liv man ska leva. Man kan vidare handla autonomt i vissa situationer men inte i andra. Att vara autonom i en viss situation innebär att göra det man bestämt sig för, därför att man bestämt sig för det och bestämma sig för det man vill därför att man vill det. Här kan man urskilja tre komponenter: vilja (eller önsknings eller värderingar), beslut och handling. Hur autonom en person är vid ett visst tillfälle bestäms av alla dessa komponenter och alla dessa komponenter kan variera i grader: ens vilja kan vara mer eller mindre *autentisk*, ens beslut kan vara mer eller mindre genomtänkt och man kan vara mer eller mindre förmögen att förverkliga sina beslut. Autonomi är alltså en fråga om grader snarare än antingen eller, även om man normalt räknar med att givet en viss nivå av förmågan att fatta beslut så bör ens beslut respekteras och under denna nivå har man ingen (eller en begränsad) sådan rätt. Exempelvis ett spädbarn eller ett litet barn kan inte fatta viktiga beslut och andra måste sålunda *vikariera* eller vara *ställföreträdare* och ta till vara barnets bästa intressen – vilket refererar till den klassiska formen av *paternalism*. Detsamma gäller för patienter som har nedsatt autonomi eller helt utsläckt autonomi (tillfälligt eller permanent) som exempelvis psykiskt sjuka eller en patient som befinner sig i ett permanent vegetativt tillstånd. Barn kan alltså sägas ha en tilltagande autonomi under det att personer som håller på att gå in i en senil demens har en avtagande autonomi. Betoningen av den enskildes autonomi har under de senaste decennierna ökat, och man har gått från en utpräglad läkarpaternalism till en ökad patientautonomi, vilket då innebär patienternas rätt att få vara med och bestämma om både vilka utredningar och behandlingar som önskas, som då refereras till som en *positiv rättighet* – men framför allt att kunna säga nej till

en erbjuden behandling, som då refereras till som en *negativ rättighet*.

LITTERATUR: Christman 1988, Dworkin 1988, Friedman 1986, Harris et al. 2001, Juth 2005, Lindley 1986.

Autonomi-enhancement eller empowerment avser medicinska åtgärder för att stärka en persons förmåga eller möjlighet att själv skaffa sig information, ta reda på fakta, sannolikheter, risker och rättigheter, dvs. underlag för att kunna fatta beslut samt även själva förmågan att fatta beslut. Tänkbara mediciner som i framtiden skulle kunna stärka autonomi är exempelvis sådana som förbättrar minnet eller skärper koncentrationsförmågan. Vid vissa psykiska sjukdomar eller tillstånd kan autonomi vara nedsatt eller begränsad, exempelvis i samband med posttraumatiskt stressyndrom/disorder (*PTSD*). Det finns numera indikationer på att man genom att ge vissa typer av *kognitiv beteendeterapi*, samt behandling med betablockerare i nära anslutning till trauman (katastrofer, olyckor eller andra trauman) kan förhindra att man utvecklar PTSD. Gränsen mellan förebyggandet av tillstånd som kan nedsätta autonomi och att ge hjälp till ökad autonomi blir sålunda mindre tydlig; dock används enhancement-begreppet vanligen i situationer där personen ifråga har normal funktion. Ett aktuellt exempel på en autonomiförstärkande åtgärd inom hälso- och sjukvården är presymtomatiska gentest som görs när det över huvud taget inte finns någon bot eller lindring, som exempelvis *Huntingtons sjukdom*. Om personen har kunskap om att sjukdomen (sannolikt) kommer att bryta ut, så kan han bättre planera sitt liv mot bakgrund av hur han själv vill leva det. Den här typen av resonemang har också använts för att rättfärdiga fosterdiagnostik, assisterad befruktning och andra reproduktiva behandlingar. Det är dock viktigt att påpeka att ambitionen att förstärka patientens beslutsförmåga kan komma i konflikt med autonomiprincipen som säger att man ska respektera en patients rätt att vara med och bestämma, vilket inkluderar även rätten att delegera beslutsfat-

tandet till en annan och att tacka nej till information. Om man anser att autonomi har egen värde och sålunda måste befrämjas och stärkas så minskar utrymmet för patienten att delegera beslutsfattandet till exempelvis en läkare. Se också *genetisk vägledning*.

LITTERATUR: Bennett 2001, Chadwick 1997 samt 1999, Hermerén 1999, Husted 1997, Juth 2005, Räikkä 1998.

Autonomiprincipen säger, enligt den svenska medicinetikern, Göran Hermerén, att man bör respektera en persons/patients rätt att vara med och bestämma om sådant som berör den egna personen. Om ingen annan berörs av beslutet eller handlingen kan personen/patienten få bestämma själv. Det är dock sällan som ingen annan berörs av ett beslut och därför måste ofta en förhandling till om i vilken omfattning man kan tillgodose patientens önskemål. Detta gäller exempelvis en patients önskemål om att få en viss utredning eller behandling som alltid måste balanseras mot det medicinska behovet, i vilken mån åtgärden kan sägas gagna eller skada patienten, huruvida åtgärden är i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt kostnader för sjukvården. Vanligtvis brukar man respektera en patients rätt att säga nej till en erbjuden utredning eller behandling (jämför patientens *negativa rättigheter*), men även i sådana fall kan andra beröras av beslutet, om det exempelvis rör sig om en cancersjuk patient som har familj. Familjen berörs ju av patientens beslut under förutsättning att den erbjudna behandlingen kan förväntas att ha en positiv kurativ effekt eller påverka överlevnaden.

Autonomiprincipen är ofta nära knuten till *informerat samtycke*, då relevant information och förståelsen av denna ju oftast är en förutsättning för att man kan fatta rationella beslut, även om förtroende och tro på auktoriteter också kan ha betydelse då man ska fatta beslut. Helt rationellt behöver sålunda beslutsunderlaget inte vara, men en förutsättning för att kunna fatta beslut är att man har förmågan att göra det. Är förmågan nedsatt eller helt utsläckt

kan det vara aktuellt att någon annan *vikarierar* beslutsfattandet och kan ta vara på personens intressen.

Ibland brukar man kontrastera autonomi-principen mot *integritetsprincipen* som i motsättning till autonomi inte anses vara graderbar men nära knuten till *människovärdet*.

LITTERATUR: Beauchamp et al. 2001, Gillon 2003, Hermerén 1986.

Avancerad nybörjare är ett begrepp som stammar från de amerikanska bröderna Dreyfus idé om *expertkunskande* och utvecklingen från novis till expert, över stadierna avancerad nybörjare, kompetent och skicklig. Se också *Aristoteles*.

Avancerad (hem-)sjukvård innebär att man använder mer eller mindre högteknologiska tekniska medel vid diagnostik och i behandlingen av patienter. Exempel på avancerad sjukvård är exempelvis de nya bilder man kan ta av kroppen med magnetresonanskamera och besläktade skanningsteknologier, samt respiratorbehandling och dialysbehandling liksom användning av hjärt-lungmaskiner i samband med hjärtoperationer. Man talar även om avancerad hemsjukvård (ASIH) och refererar då till att det är möjligt att ge vissa sådana behandlingar i hemmet. De som arbetar inom ASIH kommer ofta att ta ställning till svåra etiska ställningstaganden, som exempelvis patienten som inte längre vill vara med om behandling eller begär hjälp att dö på ett smärtfritt sätt samt också svåra avväganden i samband med patienter som inte längre är beslutskapabla.

Avbryta behandling gör man vanligtvis om den inte längre anses vara meningsfull (inte längre gagnar patienten) eller om patienten själv direkt eller indirekt via *vårddirektiv* önskar att behandling ska avbrytas. Det kan röra sig om att avbryta respiratorbehandling på en person som visat sig ha en omfattande irreversibel hjärnfunktionsnedsättning, men där hjärtat fortfarande slår. Med mindre än att en sådan patient kan bli organodonor avslutar man en sådan behandling.

Det kan dock vara kontroversiellt om närstående eller andra aktörer har en annan uppfattning. Bedömningen av patientens eventuella livskvalitet eller prognos kan komma att värderas olika och man kan sålunda komma fram till olika uppfattningar angående den fortsatta behandlingen. Vanligtvis brukar man jämföra avbrytandet av en behandling (withdrawing treatment) med att *avstå från* att sätta in en meningslös behandling (withholding treatment). Båda begreppen står möjligen i samma relation till frågan om passiv dödshjälp även om avbrytandet av en behandling förefaller vara en aktiv handling medan att avstå från att inleda tycks vara en passiv handling eller underlåtenhetshandling. Resonemanget går ut på följande: Att avbryta en meningslös behandling skiljer sig inte från att avstå från att inleda en meningslös behandling, eftersom om man hade vetat vad man nu vet efter att ha satt in behandlingen (nämligen att fortsatt behandling är meningslös) så skulle man från början ha avstått från att inleda behandlingen. Ett liknande resonemang är att avbrytande av behandling innebär att låta det ske som ändå skulle ha skett om ingen behandling satts in från början: att ”naturen får ha sin gång”. Finns det osäkerhet om behandlingen kommer att gagna patienten eller inte inleder man alltid behandlingen för att sedan avbryta om det visar sig att behandlingen inte gagnar patienten. Att i tveksamma fall avstå från att inleda en behandling med hänvisning till att det sedan kan bli svårt att avbryta behandlingen är i strid med principen att göra gott. Att fortsätta en behandling som inte gagnar patienten kan däremot uppfattas vara i strid med principen att inte skada eller kränka patienten.

Det är dock inte så många år sedan det var en kontroversiell handling att avbryta livsuppehållande behandling, men det har sedan det s.k. *Kirunafallet* från 1960-talet varit praxis i Sverige att avbryta behandling som man inte anser gagnar patienten. Jfr också *passiv dödshjälp* samt *meningslös behandling* och *ställföretärande beslut* där avbrytande av PEG-behandlingen av den hjärnskadade Terry Schiavo diskuteras.

Ett avbrytande av en livsuppehållande behandling kan också aktualiseras av en patient som inte själv har förmåga att verkställa avbrytandet. Ett omtalat svenskt fall från 2005 med en totalförlamad yngre man som var beroende av respiratorbehandling slutade med att han åkte till Schweiz och där fick hjälp att ta sitt liv. Han var intellektuellt helt klar och kunde kommunicera genom att röra läpparna och genom blinkningar. Han var inte i livets slutskede och bedömdes inte lida av en depression i psykiatrisk mening, men önskade inte längre att fortsätta sitt liv. Frågan är om han inte med hänvisning till sina negativa rättigheter, och efter att man bedömt hans psykiska tillstånd och möjligheterna att hjälpa honom, skulle kunna ha begärt att få avsluta respiratorbehandlingen och dessförinnan ha blivit sederad. Om patienten i princip själv skulle kunna ha sagt ifrån vad gäller att inleda den behandling som gjorde att han överlevde (jämför *Jehovas vittnen*), så borde han också i efterhand ha haft möjlighet att få avsluta den behandling som han nu inte längre önskade, även om patienten i princip skulle ha kunnat leva tio-tjugo år längre. Det som komplicerar denna situation är ju att patienten efter ytterligare några år skulle kunna tänkas ändra uppfattning. Om man avstår från att hjälpa den aktuella patienten att avsluta den livsuppehållande behandlingen skulle det juridiskt sett kunna uppfattas som somatisk tvångsbehandling, vilket är olagligt. Man brukar vanligen respektera en patient som vill avsluta dialysbehandling även om man vet att konsekvensen blir att han/hon då kommer att dö inom närmaste tiden; en sådan patients liv skulle – i motsättning till ovan nämnda fall – kanske ändå inte kunna förlängas nämnvärt. Det finns dock fall även inom dialysvården där patienter som antas ha kunnat leva flera år till har begärt att behandlingen ska avslutas. Vanligtvis uppfattas denna situation som relativt oproblematiske. För det etiska resonemangets skull kan man fråga om det finns några relevanta skillnader mellan att avbryta en respiratorbehandling på patientens begäran och att avbryta dialysbehandling. Om det inte finns

några moraliskt relevanta faktiska skillnader så är det utifrån supervenienstanken svårt att motivera att man gör en skillnad mellan de två situationerna. Se *superveniens*.

LITTERATUR: Beauchamp et al. 2001, Tännsjö 2001

Avicenna (980–1037) var en persisk läkare som är mest känd för sin spridning av och kommentarer, som han skrev på arabiska, till både Aristoteles och Galenos skrifter. Utan Avicennas skrifter är det svårt att föreställa sig att vi alls skulle ha känt till Galenos eller Aristoteles skrifter. I dag finns ett speciellt Avicenna-etikpris som utdelas av UNESCO och som finansieras av Iran.

Avsiktlig handling är en handling som görs eller utförs medvetet och enligt en viss plan och mål, exempelvis aktiv dödshjälp där avsikten är att, för att undvika eller korta en patients outhärdliga lidande, korta patientens liv. Ska ses i motsats till då en handling råkar inträffa helt oplanerat eller om man i stället för handlingar vill tala om icke-medvetna beteenden, såsom inom *behaviorismen*. När vi talar om mord brukar vi förutsätta att mördaren hade en avsikt att döda, medan dråp används för händelser där någon har ihjäl en annan människa utan sådan avsikt. Frågan om avsikt är också aktuell då vi diskuterar frågor om forskningsfusk. Finns det en avsikt att vilseleda, vilket ibland kan vara svårt att bevisa, så är det frågan om vetenskapligt bedrägeri. Finns ingen avsikt kan oegentligheter också uppfattas som uttryck för okunskap och dålig forskning. Se också *Banting* och *Best*.

Avstå från att inleda en behandling gör man då det är uppenbart att en sådan behandling är medicinskt meningslös eller om patientens själv ber om detta (som exempelvis i fallet med Jehovas vittnen som inte önskar blodtransfusion även om det kan vara livräddande) eller att det framgår av ett *vårddirektiv*, exempelvis att avstå från att ge antibiotika eller hjärt-lungräddning till en döende patient.

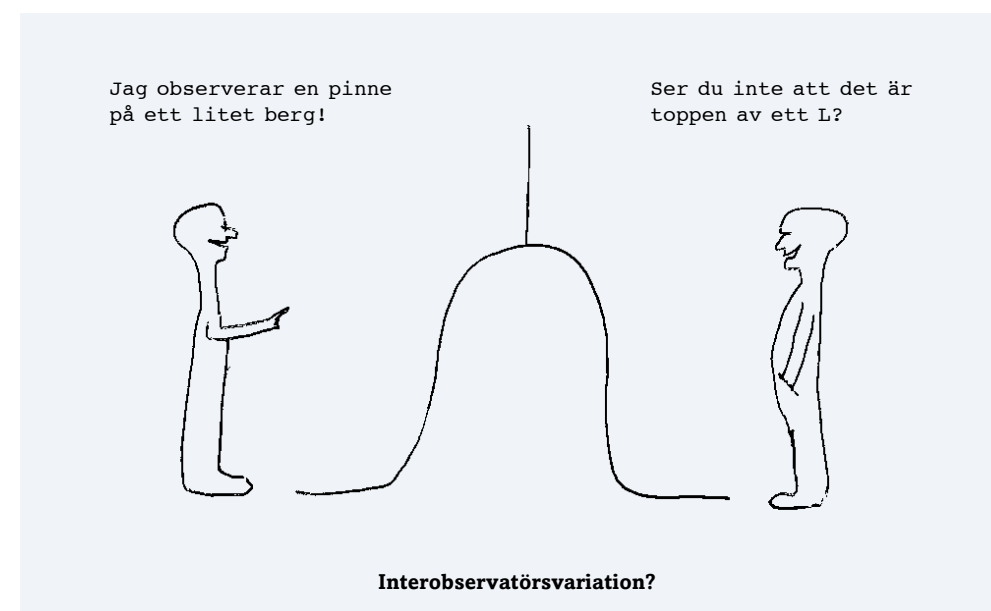
Många gånger inleds dock behandling då en patient inkommer akut och man inte omedelbart kan bedöma prognosen utan behandling. Om det sedan visar sig att all behandling var meningslös (inte gagnar patienten) avbryter man

behandlingen. Se också *avbryta behandling* samt *meningslös behandling* och *ställföreträdande beslut* där avbrytande av PEG-behandlingen av den hjärnskadade Terry Schiavo diskuteras.

B

Bacons idoler är Francis Bacons (1561–1626) varning för fallgropar i samband med erfarenhet och observation som kunskapskälla – även om Bacon samtidigt förordar och avser att rehabilitera observationen som kunskapskälla. Enligt Bacon kan idolerna förvränga observationen så att man inte kan se verkligheten klart. Bacon klassificerar idolerna på följande sätt: 1) **Stammens idoler** är människosläktets benägenhet till önsketänkande. Vi kan tolka det som risken för en sorts kollektivt självbedrägeri som exempelvis då många i Frankrike ville tro att landsmannen René Blondlots upptäckt av N-strålarna 1902 var ett vetenskapligt faktum (N-strålarna existerar inte men eftersom tysken Alfred Röntgen några år tidigare hade upptäckt X-strålarna var det både tänkbart och önskvärt att en fransman upptäckte en annan typ av strålar). En annan aspekt är tendensen att

tillskriva naturen eller djur mänskliga egenskaper – så att förklaringar tenderar att enbart bli ändamålsförklaringar. 2) **Grottans idoler** representerar självbedrägeri på en individuell nivå; mina egna föreställningar och förväntningar kan påverka observationen. Jämför subliminal exponering och tolkningen av Rorschach-test, en sorts observationens förväntanseffekt eller *placebo-/noceboeffekt*. 3) **Marknadsplatsens idoler** är den sorts vanföreställningar som språket kan åstadkomma; exempelvis när vi använder vissa metaforer och inte beaktar metaforernas makt. Ta exempelvis metaforen ”den svagaste länken” som vi använder utan att tänka på att den refererar till en specifik *deduktiv* logik. Kanske bilden av en vajer skulle vara mera belysande för beskrivningen av vetenskaplig argumentation? Ett annat exempel är den typ av kategorimissstag som uppkommer när vi använder samma



typ av språk (substantiv) för att tala om konkreta och abstrakta företeelser. Följande frågor avslöjar den typen av vanföreställningar: "Jag ser de 22 spelarna på fotbollsplanen, men på vilken position spelar den där lagandan som alla talar om?" eller "Var sitter själen?" (som om själen vore ett ting). 4) **Teaterns idoler** refererar till de vanföreställningar som de gamla filosofiska systemen ger upphov till, exempelvis den aristoteliska kinematiken och ändamålsförklaringar av fysiska fenomen.

Den övergripande frågan är dock om man kan disciplinera sin subjektivitet så att man kan observera och beskriva världen såsom den faktiskt är. Många moderna vetenskapsfilosofier anser att en observation är teoriladdad och att teorier och antaganden om hur verkligheten är konstruerad är en förutsättning för att över huvud taget kunna observera någonting meningsfullt. Se vidare *vetenskapligt paradig*.

LITTERATUR: Johansson et al. 2008.

Banting och Best genomförde tillsammans den första dokumenterade studien på diabetiska djur och av den substans som senare fick benämningen *insulin*. Frederik Banting (1891–1941) var en provinskirurg utan erfarenhet av forskning som tog kontakt med den välrenommerade forskaren John Macleod, som var chef för den institution i Toronto i Canada där Banting och Best senare genomförde sina försök. Charles Best (1899–1978) var en medicine studerande som Macleod ställde till Bantings förfogande. Banting och Best jobbade under sommaren 1921 som intensivast med sina försök där den ursprungliga forskningshypotesen visade sig helt felaktig; men de lyckades så småningom med hjälp av biokemisten Collip att utveckla ett fungerande insulin. För sin upptäckt mottog Banting tillsammans med Macleod Nobelpriset i medicin 1923. Banting blev rasande över att Macleod och inte Best fick priset och det har skrivits böcker om denna konflikt, se också *Matteuseffekten*. Banting delade sedan sitt pris med Best, och Macleod delade sitt med Collip, som hade haft stor betydelse för rätt rening, dosering och administration av insulinet.

Det andra forskningsetiskt intressanta med Bantings och Bests forskning är att i det första arbetet de publicerade angav de att samtliga 75 försök hade lett till gynnsamma resultat, då blodsockret hade sjunkit. Då historikern Michael Bliss långt senare gick igenom deras protokoll så visade det sig att enbart 42 av försöken var gynnsamma, 22 var ogynnsamma och 11 klassificerades som inkonklusiva. Med dagens kunskap om observationsvariation och statistisk osäkerhet indikerar resultat som är för bra att det finns skäl att misstänka forskningsfusk. Frågan är dock om Bantings och Bests resultat som de presenterade i den vetenskapliga tidskriften enbart var ett uttryck för dålig forskning eller en följd av bristande forskningserfarenhet. Fanns det en avsikt att vilseleda? Ville de enbart komma först? Ville de vara säkra på att kunna övertyga alla inom den vetenskapliga miljön? Var de del av en kultur (som gick tillbaka till Newton) där man strävade efter att göra empiriska vetenskaper så exakta som möjligt?

LITTERATUR: Bliss 1982, Judson 2004.

Barmhärtiga samariten är berättelsen (i Nya testamentet, Lukas evangeliet kap. 10 vers 25–37) om juden som på sin väg mellan Jeriko och Jerusalem blir överfallen och plundrad av rövare. Han ligger kvar på marken svårt sårad



och lemlästad när både en farisé och en präst passerar förbi. De båda tittar dock åt andra hållet. Det är först när en samarit kommer förbi som juden får hjälp. Det är i denna berättelse viktigt att veta att samariterna ansågs vara ett orent folk och judar fick egentligen inte ha något med detta folk att göra och sålunda inte heller ta hjälp från samariten, och samariten i sin tur förväntades inte hjälpa juden. Både farisén och prästen förväntades att hjälpa men gjorde det inte, trots att det enligt Moseböckerna i Gamla testamentet tydligt framgår att det är en människas plikt att hjälpa en annan människa i nöd. Jesus försöker med berättelsen om den barmhärtiga samariten att svara på frågan om vem som är min nästa. Exemplet visar sålunda också att i denna typ av nödsituationer har vi dels plikt att hjälpa en annan människa, dels att vanliga seder att exempelvis inte beröra eller ta emot hjälp av "orena" övertrumfas av andra plikter. Se *judisk etik* och *kristen etik*.

LITTERATUR: Hansson 1997.

Barmhärtighet är en kristen dygd som ska ses i motsats till att å ena sidan vara grym och å andra sidan vara mesig eller undfallande. Barmhärtighet var en egenskap som tillskrevs Gud och som människan förväntades sträva efter. Eftersom vi som människor är ofullkomliga och syndare (det goda vi vill göra det gör vi inte, och det onda vi inte vill göra det gör vi, enligt Paulus – se *människosyn* och *kristen etik*) behövs barmhärtighet.

En förutsättning för att visa barmhärtighet är att man har förmågan till medlidande och att vara trofast, och Gud anses vara trofast och visa medlidande trots att vi som människor ständigt syndar mot hans bud. Ordet barmhärtighet förekommer många gånger i Gamla testamentet men kommer också till uttryck i Nya testamentet, exempelvis i berättelsen om den *barmhärtiga samariten* (i Lukas 10:25–37).

Barmhärtighet som dygd blev ifrågasatt av bland annat Machiavelli som argumenterade för att exempelvis en furste ibland måste vara obarmhärtig, ja rent av grym, om han eller hon ska erövra och behålla makten – i syftet att

gagna staten. Man måste ibland beakta konsekvenserna av en handling och inte bara fokusera på dygden, enligt Machiavelli (se *dygdetik* och *Machiavelli*).

Barmhärtighet har ibland lyfts fram som ideal bland sjuksköterskor, men mera känd är sannolikt dess relation till barmhärtighetsmord. Man talar om barmhärtighetsmord när det ges till en medmänniska som lider och den som utför gärningen gör det av medlidande i situationer där döden ses som det enda sättet att hjälpa sin medmänniska. Om den lidande är så plågad att han eller hon inte uppfattar situationen kan man tala om barmhärtighetsmord även när den lidande själv inte har begärt detta. Begreppet barmhärtighetsmord blev missbrukat under Hitlertiden på samma sätt som *eutanasi*.

LITTERATUR: Andersen 1993.

Barnsjukdomar är sådana som oftast drabbar barn och ungdomar och som i vissa fall har ett speciellt förlopp och därför kräver specialkunskaper för både diagnos och behandling. Dessa förhållanden medför också att vissa typer av forskning rörande barns sjukdomar enbart kan studeras genom att involvera barn i medicinska försök. Eftersom barn inte är beslutskapabla och inte kan förväntas att fatta autonoma beslut om att utredas eller få en viss behandling så finns det här ett speciellt problem kring det informerade samtycket och vem som bäst tar vara på barnets intressen; är det barnet självt, föräldrarna eller representanter från sjukvården? Man antar att ett barn som är kring sju år gammalt kan förstå information som rör kroppen och dess funktioner och sålunda kan förstå varför man måste göra vissa utredningar och ge vissa behandlingar. Man ger därför forskningsinformation till barn, men beslutsfattandet överlämnas till vårdnadshavaren. Dock finns det situationer där föräldrarna kan fråntas vårdnaden (tillfälligt) om de exempelvis motsätter sig en livräddande behandling (exempelvis blodtransfusion hos ett barn till föräldrar som är medlemmar av Jehovas vittnen) och i sådana fall omhändertas barnet tillfälligt och ges behandling. Med stigande ålder låter man

barnet få ökat inflytande, och när barnet är 15 år gammalt låter man i regel barnet få bestämma om det vill medverka i exempelvis klinisk forskning, åtminstone om det inte vill delta. Om barnet säger ja, men föräldrarna nej är det dock föräldrarnas beslut som gäller.

Ett område med speciell etisk laddning rör barn- och ungdomspsykiatrin som aktualiserar problemet med att samhället å ena sidan alltför frikostigt kan tillåta tvångsåtgärder och därmed begränsar barnets och ibland föräldrarnas rättigheter och frihet, även om det sker för barnets eget bästa, och å andra sidan är för restriktiv med detta så att barnet far illa på annat sätt. Det finns ett flertal tillstånd som barnpsykiatriker står inför som kan uppfattas som särskild problematiska och karakteristiska för just barn. Det gäller exempelvis anorexia nervosa, självskadande beteende och de s.k. apatiska tillstånden hos barn till asylsökande flyktingar (se *apatiska flyktingbarn*). Barn- och ungdomspsykiatrin innefattar även de mer klassiska psykiatriska sjukdomarna som depression och schizofreni och olika autistiska symtom med eller utan neuropsykiatrisk anknytning. Som barnpsykiatriker Ingemar Engström påpekar är det inte enbart de sjuka barnen som ibland kan känna vanmakt inför den psykiatriska tvångsvården; vanmakten kan också drabba föräldrar och vårdpersonal därför att ansvaret är större än maktutrymmet och behandlingsmöjligheterna.

LITTERATUR: Bischofberger et al. 1991, Engström 2006.

Barnsängsfeber eller puerperalfeber är ett infektionstillstånd i livmodern som uppkommer efter en förlösning. Tillståndet var tidigare fatalt då man inte hade någon adekvat behandling. Efter hygienens genombrott och speciellt efter antibiotikans introducering har antalet fall minskat avsevärt och inom dagens moderna sjukvård är dödligheten i samband med barnafödande låg – det finns dock stora skillnader mellan olika länder beroende på tillgången på sjukvård.

Mest känd är beskrivningen av barnsängsfeber vid Allgemeines Krankenhaus i Wien under åren 1846–1849 då Semmelweis dokumentation indikerade att läkare och medicine kandidater var orsaken till majoriteten av dödsfall på klinikens avdelning I. Anledningen till den höga dödsrisken på avdelning I jämfört med avdelning II där barnmorskor var verksamma, var bland annat att den ansvariga överläkaren och professorn Klein hade instruerat sina doktorer om att de skulle börja dagen med att obducera de patienter som avlidit under det senaste dygnet samt att läkarstuderande skulle medverka både vid obduktion samt vid undersökning av de födande kvinnorna. Den tidigare professorn hade på sin tid förordat att de studerande skulle träna sig på lädermodeller och att de inte fick undersöka de födande kvinnorna. Under året 1846 var dödligheten på avdelning I i genomsnitt 11,4 %. Semmelweis fick under våren 1847 tillstånd av professor Klein att testa huruvida tvättning med kloralkalivatten skulle ha någon effekt på mortaliteten. Klein ansåg emellertid att det var ett meningslöst projekt eftersom det inte var ens tänkbart att Semmelweis hypotes kunde vara korrekt, men han tillät det ändå. Både studenter och läkare tvättade sig sålunda med kloralkalivatten från maj månad 1847 och dödligheten sjönk från 18,3 % i april till 0,19 % i december månad (genomsnittligt sjönk dödligheten till 1,7 % under 1847 och under 1848 till 1,3 %). Även om man den gången mottog Semmelweis resultat med stor skepsis så vet vi i dag i och med mikrobiologin att de födande kvinnorna dog (liksom merparten av de nyfödda barnen) av sepsis (sannolikt som följd av streptokockinfektion) och att läkarna och de läkarstuderande var orsaken till den höga dödligheten. Barnsängsfebern under denna tid och vid denna avdelning kan alltså för merpartens del sägas vara *iatrogen* orsakad. Och man kan i efterhand säga att läkarna skadade mer än de gagnade och ifall de hade varit medvetna om detta skulle de antagligen ha hamnat i en *ansvarskris*.

LITTERATUR: Johansson et al. 2008.

Beauchamp & Childress och de fyra principerna. Se *principbaserad etik*.

Bedrägeri inom vetenskapen innebär att man medvetet och avsiktligt förvränger vetenskapsprocessen i ett eller flera avseenden, exempelvis genom att frisera, fabricera eller plagiera data (kallat FFP). Se också *vetenskapligt bedrägeri, fusk och ohederlighet* i forskningen.

Beecher, Henry (1904–1976) var en framstående amerikansk läkare (anestesiolog) som 1966 presenterade en artikel i *New England Journal of Medicine* i vilken han redovisade en rad kliniska studier där försökspersonerna inte fått information eller där de inte gett eller hade förmåga att ge ett samtycke till att delta i forskningsprojektet. Bland dessa kliniska projekt var den s.k. Willowbrook-studien av det spontana förloppet av hepatit hos gravt förstärkt handikappade barn. Beechers artikel bidrog till det forskningsetiska uppvaknandet inom klinisk forskning och därmed till betoningen av informerat samtycke och beaktandet av säkerhetsaspekterna i samma forskning. Han var initiativtagare till de första forskningsetiska kommittéerna och han bidrog också till utvecklandet av *placebokontrollerade* kliniska undersökningar (se *randomiserade kliniska undersökningar*). Bland annat observerade han under andra världskriget att cirka en tredjedel av svårt sårade soldater inte behövde eller frågade efter smärtstillande medel trots att de hade möjlighet att få dessa medel – övriga behövde höga doser av smärtstillande, allt annat lika. Denna observation låg till grund för uppmärksamheten på att en placeboeffekt kunde spela in vid kliniska studier. Se *informerat samtycke* och *Willowbrook-studien*.

LITTERATUR: Forsman 1997, Lynöe 1999, Nilstun 1991.

Begränsning av behandling kan ske på initiativ av både patienten, närstående och sjukvården. En klassisk situation är exempelvis att man beslutat att avstå från hjärt-lungräddning (HLR) i fall där sådan behandling erfarenhets-

mässigt inte kan förväntas leda någon vart. Det kan exempelvis röra sig om patienter som haft flera hjärtinfarkter tidigare samt kanske även har en cancersjukdom eller njursvikt, och där risken är att ett återupplivningsförsök endast åstadkommer att man i samband med återupplivningsförsöket härjar runt med patienten (exempelvis trycker på/komprimerar bröst-korgen så att revben kan brytas etc.) vilket kan uppfattas som ovärdigt i fall då patienten ändå snart avlider. En patient kan också initiera en begränsning av behandling. Ett exempel är patienter som inte önskar att hamna på intensivvården om det skulle uppstå komplikationer i samband med ett eventuellt operativt ingrepp eller annan medicinsk behandling (exempelvis vid cancersjukdom). Se också att *avstå från att inleda en behandling*. Men patienten måste då själv kunna uttrycka sina önskemål. Om patienten inte längre är beslutskapabel men uttryckt sin vilja i s.k. *livstestamenten* eller *vårddirektiv* så är dessa i Sverige än så länge inte juridiskt bindande.

Behaviorism är ett exempel på en av positivismen inspirerad vetenskapsgren inom psykologin där beskrivningen av en människas beteende är i fokus och där storheter som en handlings avsikt/intention är satta inom parentes. Det som är intressant för behaviorismen är beteendet och hur man kan påverka en människas (eller ett djurs) beteende genom förstärkning i termer av straff och belöning. Från behaviorismen kan också härledas en människosyn där människan uppfattas som bestämd av sin sociala miljö. Inom behaviorismen uppfattas allt tal om samvete och en handlingsintention som överflödigt, eftersom det inte kan beläggas med intersubjektiv observation. Behaviorismen kan ses i motsats till den kantianska och upplysningsfilosofiska människosynen som förutsätter att människan har en fri vilja och är en rationell varelse som kan planera sin tillvaro, skapa livsprojekt och mål och sträva efter att nå dessa. Det behöver dock inte finnas någon motsättning mellan dessa perspektiv, eftersom de i stor utsträckning handlar om olika saker:

behaviorismen är i första hand ett vetenskapligt program och kantianismen en etisk lära. Se också *människosyn*.

LITTERATUR: Watson 1929.

Behov utgör ett grundläggande begrepp i många moralfilosofiska system, men har också betydelse för det medicinetiska tänkandet om hur hälso- och sjukvård ska fördelas och vilka gränserna för vårdens åtaganden är. I hälso- och sjukvårdslagen 2 § anges att ”den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården”; behovstanken används alltså som en *prioriteringsprincip* om fördelningen av sjukvård. Flera, exempelvis moralfilosoferna Norman Daniels och Michael Walzer, har hävdade att fördelning efter behov är det enda *rättvisa*, åtminstone vad gäller hälso- och sjukvård. Många skulle också säga att behov är viktigare att tillfredsställa än önskemål om sjukvård, att det är viktigare att ge folk vad de behöver än vad de enbart vill ha. Detta synsätt kommer också till uttryck i det vanliga synsättet att om inget medicinskt behov eller vårdbehov föreligger har inte patienten några rättmätiga anspråk på att få vård (se också *positiva* och *negativa rättigheter*). Behovstanken kan alltså också användas som ett sätt att fastställa vårdens mål och gränser. På detta sätt har man resonerat för att klassificera vissa medicinska behandlingar eller tjänster som ”lyxvård” och som därmed inte bör tillåtas eller åtminstone inte bekostas offentligt; det kan röra sig om exempelvis *assisterad befruktning* eller olika prestationshöjande insatser (se vidare *enhancement*).

Frågan uppstår då hur termen behov ska förstås närmare, speciellt i förhållande till (andra) önskemål. Uppfattningen att behovstillfredsställelse är viktigare än önskeuppfyllelse kan spåras till antiken. *Platon* skiljde mellan önskemål som följer vår natur från dem som inte gör det och liknande distinktioner återfinns hos *Aristoteles* och *Epikuros*. Ett gott liv består då i tillfredsställelse av de önskemål som vi har i egenskap av vår mänskliga natur. Liknande tankar uppkommer senare hos exempelvis *Hobbes*, enligt vilken vår främsta medfödda drift

är självbevarandet. Denna tanke återkommer ibland i behovsbegreppet som det används i dag: ”sådan man verkligen behöver” tolkas ibland som ”sådan förutan vad man inte överlever” (mat, skydd för väder och vind, samt viss grundläggande vård).

Behovsbegreppet började mer uttryckligt att användas i den socialistiska traditionen (se *politiska ideologier*); förmodligen var det den utopiska socialisten Louis Blanc (1811–1882) som först formulerade sloganen: ”bidra efter förmåga, konsumera efter behov” som senare tillskrevs Karl Marx. Marx hade en mer inkluderande tolkning av vad behov innebär; han talade också om sociala och kreativa behov. Marx menade att behov kan skapas och att det som utmärker kapitalismen är att den skapar behov som inte kan tillfredsställas för det stora flertalet. Senare marxistiskt inspirerade tänkare som Marcuse skulle snarare skilja på äkta och falska behov, där de falska behoven tolkas som ett resultat av manipulation eller annat illegitimt externt inflytande för att ”hålla folk på mattan”.

Under 60-talet fick Abraham Maslows teori om behov stort inflytande. Enligt Maslow är våra behov hierarkiskt ordnade i en trappa där den ena ordningens behov ska tillfredsställas för att behov av högre ordningar ska uppstå; ordningen är 1) elementära fysiska behov, 2) behov av säkerhet, 3) behov av kärlek och tillhörighet, 4) behov av självrespekt och uppskattning samt 5) behov av utveckling och självförverkligande. Teorin är emellertid oklar: handlar det om i vilken ordning behov faktiskt tillkommer och utvecklas? I så fall har teorin litet empiriskt stöd. Eller handlar det om i vilken ordning behov bör tillfredsställas? Då blir det oklart varför individens egen rangordning av behoven inte ska få spela roll.

I senare diskussioner om behov understryks ofta att behovsbegreppet inte kan bestämmas utan hänvisning till en norm av något slag. Definitioner av behov som föreslagits är ”sådan man far illa av att vara utan” (som i exempelvis SOU 1995:5 *Vårdens svåra val* som ligger till grund för Sveriges prioriteringspolicy och som är inspirerat av Georg Henrik von Wright), ”så-

dant varutan man skadas” eller ”de nödvändiga villkoren för ett minimalt dragligt liv”. För att fastställa denna typ av idéer om behov krävs en bestämning av vad det innebär att skadas eller fara illa eller vad som är ett minimalt dragligt liv. Detta måste vidare göras med någon hänvisning till vad som är gott och dåligt för enskilda individer. Ett sådant försök lanseras av moralfilosofen Norman Daniels, enligt vilken ett gott liv är ett liv i enlighet med ens egna grundläggande planer och önskemål. Det man behöver är då de nödvändiga medlen för att kunna förverkliga sina önskemål. Tanken är vidare att (nästan) alla åtminstone behöver artyppisk funktionsförmåga för detta och vårdbehov definieras därmed som de behov som måste tillfredsställas för att kvarhålla en eller återställa en till denna nivå av funktionsförmåga. Som synes krävs en ganska komplicerad normativ teori för att göra reda för behovstanken och att hänvisning till behov ensamt kan göra ganska lite för att avgöra prioriteringsfrågor.

LITTERATUR: Daniels 1990, SOU 1995:5, Ohlsson 1995.

Behovsprincipen, se *prioritering*.

Bell, Jocelyn (1943–) upptäckte som ung kvinnlig forskarstudent 1967 de s.k. pulsarerna, signaler som kommer från snabbt roterande neutronstjärnor. Det var en upptäckt som 1974 gav ett nobelpris. Det var emellertid chefen för laboratoriet där Bell arbetade, den välrenommerade astronomen Sir Antony Hewish som fick priset, och han var också Bells handledare. Fallet har gett upphov till diskussioner om vetenskapssamhällets förmenta könsneutralitet. Jocelyn Bell har mottagit en rad andra prestigefulla priser efterhand. Se också *Matteuseffekten, medförfattarskap och prioriteringsstrider*.

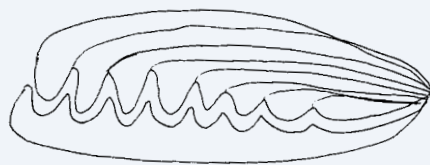
Belmontrapporten är resultatet av den undersökning som tillsattes med anledning av *Tuskegee-skandalen* i USA. I rapporten preciseras de etiska principerna för biomedicinsk forskning: autonomi, göra gott/icke skada och

rättvisa. En av rapportens författare var Tom Beauchamp som senare tillsammans med *Childress* formulerade de tre principerna som sedan blev till fyra när man delade upp göra gott- och icke skada-principerna (se också *principbaserad etik*). I rapportens avsnitt om rättvisa betonades bland annat att om det anses vara en börda att delta i medicinsk forskning så bör denna börda fördelas lika. På motsvarande sätt bör eventuella fördelar med att delta fördelas lika. Det senare har aktualiserats i samband med bland annat kvinnors krav på att även deras speciella sjukdomar bör bli föremål för vetenskapliga undersökningar. Det har exempelvis anförts att det bara är män som använts som försökspersoner och som underlag för olika fysiologiska normalvärden. Oftast har det varit av bekvämlighet att män studerats, speciellt i läkemedelsstudier, därför att man på detta sätt undviker problem med hormonella variationer som kan påverka resultaten. Det har emellertid visat sig att vissa sjukdomar (exempelvis hjärt-kärlsjukdomar) har olika förlopp hos och inverkan på män och kvinnor och att vården därför bör anpassas till detta.

LITTERATUR: Löfmark 2007, The Belmont Report 1978.

Bentham, Jeremy (1748–1832) var en av de första som formulerade en systematiskt genomtänkt och universaliserad version av konsekvensetik, dvs. uppfattningen att det enbart är konsekvenserna av en handling som avgör om handlingen är rätt eller fel. Bentham läste juridik och fann att de lagar som då fanns var gammalmodiga och kom så småningom att förorda nyttoprincipen: att de lagar som instiftas ska leda till den största möjliga lycka för det största möjliga antalet individer. Den variant av konsekvensetiken som Bentham förordade kom sedan att benämnas *hedonistisk utilitarism*, då han kombinerade konsekvensetiken med en värdeteori som fokuserade på nytta, lycka eller välbefinnande (”hedonism”). Benthams teori kom att formuleras på följande sätt: Man bör välja det handlingsalternativ som jämfört med andra handlingar ger upphov till största-

Hör du Haydn, inte skulle jag vilja vara i dina skor. Tänk på att jag slipper stiga upp varje morgon, jag slipper borsta tänderna och gå till tandläkaren, jag slipper laga mat, slipper stressa till jobbet varje dag, jag slipper frysa och svettas, jag slipper ångest och alla passioner som bara grumlar omdömet, jag slipper oroa mig för malignt melanom och lungcancer och så kan jag gå barfota året runt.



200 år gammal musslas diskussion med Haydn

möjliga lycka/nytta/välbefinnande eller minsta möjliga smärta/lidande för alla som berörs av handlingen. Kvaliteten på handlingen ska alltså enligt Bentham mätas i termer av upplevt välbefinnande, lycka och nytta eller frånvaro av smärta, lidande och olycka. Denna känsla kan i sin tur graderas kvantitativt i termer av intensitet och varaktighet för alla kännande individer, dock på så sätt att avsaknad av intensitet kan kompenseras med varaktighet. Det skulle exempelvis i medicinska sammanhang hävdas att en operation som medför ökad livslängd skulle kunna kompensera för en mer eller mindre nedsatt livskvalitet. Vidare ska man bedöma hur säkert/osäkert utfallet är och hur lång tid vi ska vänta (jämför vårdköer) på dessa kvaliteter i relation till sannolikheten att eventuell väntan kan ge anledning till ytterligare lycka eller smärta. Enligt Bentham finns det ingen anledning att skilja mellan kännande individer som exempelvis en Sokrates, en tokstolle och ett djur. Alla kännande varelser omfattas då alla kan känna smärta. Känslan och känslotillståndet (av exempelvis välbefinnande) är centrala för Bentham och det är inte orsaken till

vad som framkallar detta känslotillstånd som är av intresse. För Bentham kan det vara poesi eller pokerspel. Enligt Bentham är det ingen skillnad på lycka orsakad av intellektuell eller mer sinnlig verksamhet. Jämför med talesättet: ”Man ska låta var och en bli salig på sin fason”. Det avgörande är lyckans eller njutningens intensitet och varaktighet, detta i motsättning till John Stuart Mill som ansåg att orsakerna till välbefinnandet eller njutningen bidrog till att kvalificera handlingen. För Bentham var ett 200-årigt konstant behagligt och bekymmerslöst liv som mussla bättre än ett drygt 70-årigt liv som kompositören Haydn, vars liv var spännande, men med både framgångar och motgångar. Se vidare *utilitarism* och *Mill*.

Eftersom Bentham var speciellt intresserad av rättsväsendet och även här tillämpade sin teori bedömde han inte brott i termer av avsikt, och han ansåg inte att straffet har ett värde i sig. Straff måste enligt Bentham relateras till konsekvenserna av straffet, dvs. att det sker en begränsning av delinkventens välbefinnande. På detta sätt kommer tanken om att avskräcka från brott att bli viktig, vilket fortfarande är den dominerande uppfattningen inom modern kriminologi. Det är få som tror på att straffet i sig har en mening, men just som förebyggande (avskräckande) tilltag har straffet värde. Bentham var också progressiv i andra avseenden, och han förordade exempelvis demokrati i stället för monarki eftersom han ansåg att om flertalet styrde skulle flertalets välbefinnande öka. Se också *konsekvensetik*.

LITTERATUR: Bentham 1781, Tersman 2004, Tännsjö 1998.

Beprövad erfarenhet är en term som inom svensk sjukvård oftast finns hopkopplad med vetenskap i uttrycket *vetenskap och beprövad erfarenhet*. Uttrycket brukar inte enbart referera till faktafrågor (*EBM*) utan också till etiska frågor (*VBM*), som exempelvis gränserna för när man får avstå från att inleda och att avbryta livsuppehållande behandling. Vetenskap och beprövad erfarenhet kan också sägas avspeglade som kan benämnas *vetande* (vetenskap)

och *kunnande* (beprövad erfarenhet). I vissa lägen kan dock uttrycket missbrukas om man exempelvis vill undvika att ta ställning i vissa svåra etiska frågor och i stället reducera eller transformera dessa till vetenskapliga frågor rörande fakta; det finns exempel på sådant missbruk vid diskussionen om avslutandet av livsuppehållande behandling eller läkarassisterat självmord. Se också fakta och värderingar under termen *beslut*.

Berberiexperiment genomfördes 1905–1906 av den engelska läkaren William Fletcher i Kuala Lumpur på en asyl för sinnessjuka (the Lunatic Asylum). Vid den här tidpunkten var beriberi associerat till muskelsvaghet inklusive svaghet i hjärtmuskeln, och den yttersta effekten av sjukdomen var att hjärtat slutade fungera. Någon teori om bristsjukdomar eller vitaminbristsjukdomar var ännu inte etablerad. Flera av Fletchers kollegor var övertygade om att beriberi var en infektionssjukdom helt i överensstämmelse med det mikrobiologiska paradigmet. Fletcher indelade patienterna i två grupper för att studera om olika dieter kunde påverka utvecklingen av beriberi: den ena gruppen fick brunt ris och den andra polerat vitt ris. Resultatet visade att bland de 120 patienter som fått vitt ris inträffade det 43 fall av beriberi och det var 18 som dog. Bland de 123 som fått brunt ris fanns det två fall av beriberi som dock redan hade sjukdomen då de inkluderats i experimentet. Fletcher genomförde också ett crossover-försök på ett mindre antal patienter som alla hade sjukdomen: tio patienter som fick brunt ris kurerades medan de 26 som var kvar på den andra dieten inte blev kurerade och av dessa dog 18. Fletcher presenterade sina resultat i en artikel i *The Lancet* 1907 och underströk att han inte ansåg att han hade fått belägg för att ett ”proteidämne” i riset var det som var orsaken till beriberi, vilket var den gällande uppfattningen i Japan. Under det japansk-ryska kriget 1905 fanns det 200 000 soldater i den japanska hären som led av beriberi, vilket kunde jämföras med marinkårs-soldaterna i den japanska flottan där det inte

fanns en enda som hade sjukdomen. Fletcher lanserade också en annan hypotes, nämligen att det saknades något i det polerade riset som underlättade för mikroorganismer (bakterier eller protozoer) att infektera patienterna. Fletchers studie var den första empiriska evidens för teorin om vitaminbristsjukdomar som blev etablerad kring 1912. Det är i detta sammanhang anmärkningsvärt hur Fletcher behandlade och omtalade sina försökspersoner, nästan som hade det varit försökskaniner, men som sannolikt avspeglade tidens syn på denna grupp av patienter. Fletchers beriberiexperiment är ett exempel på när man genomför experiment på människor och inte experiment med människor. Se även *prepositionsetik*.

LITTERATUR: Lynöe 1999, Shryock 1979.

Bernard, Claude (1813–1878) var en fransk läkare som är känd för sina experimentella studier under 1840–1850-talet av bukspottkörtelns och leverns funktioner. Bernard genomförde sina experiment på levande djur (vivisektion) och var en av de första som argumenterade för att man genom djurexperiment kunde minska mänskligt lidande. Hans hustru – som han sedan skilde sig från (1869) – var aktiv i kampen mot vivisektioner. Bernard var samtida med Louis Pasteur, men delade inte Pasteurs uppfattning om mikroorganismer som sjukdomsorsaker. Bernard var som fysiolog övertygad om att sjukdomsorsaker var att finna i en fysiologisk obalans i den inre miljön – dvs. en störd homeostas. Hans uppfattning kan också ha påverkat den franska akademins reaktion på Semmelweis skrift som kom 1861.

Mest känd är Bernard för sin skrift om metoder inom den experimentella medicinen (*Introduction à la médecine expérimentale*) från 1865. Han argumenterade för att det enbart är genom experiment (och empiriska observationer) som vi kan uppnå giltig kunskap om verkligheten. Han ansåg att om fakta ställs mot en teori så bör vi acceptera fakta som motsäger teorin även om den sistnämnda har fått stöd av vetenskapliga auktoriteter inom området. Hypoteser är viktiga för att kunna orientera sig inför ge-

nomförandet av experimenten. Bernard ansåg att en teori är en hypotes som har fått stöd av en större eller mindre mängd fakta. Men även om man kan uppnå starkt empiriskt stöd för en teori så är dessa alltid tentativa och inte absoluta (se *fallibilism*). Intressant är ju att även om Bernard var påverkad av en av positivismens grundläggare, Auguste Comte, och betonade observation och faktas betydelse så kunde han inte acceptera det mikrobiologiska paradigmet. Se *vetenskapligt paradigim, barnsängsfeber* och *positivistisk uppfattning*.

LITTERATUR: Lynöe 1999, Shryock 1979.

Beslut brukar vanligen tas mot bakgrund av en bedömning av å ena sidan fakta och å andra sidan värderingar enligt följande förenklade modell:

Fakta
Värderingar

Beslut

Man brukar skilja på deskriptiva (eller förklarande) och normativa analyser av beslut. När det gäller deskriptiva är syftet att förklara varför en viss person fattade ett visst beslut (och handlade på ett visst sätt). Detta brukar göras med hänvisning till vad personen tror om fakta (trosföreställningar) och vad personen vill uppnå (vilket ju i stor utsträckning bestäms av personens värderingar). Detta brukar kallas Desire-Belief-Intention (DBI)-modellen. Modellen blir då:

Trosföreställningar
Önskemål

Beslut

Ibland kallas detta för *ändamålsförklaringar* av beslut och handlingar, eftersom förklaringen hänvisar till en målsättning eller ett önskemål. Denna typ av förklaring återfinns i samhällsvetenskap och humaniora, såväl som i vardagslag. För att ta ett enkelt exempel: Varför bestämde

sig Per för att genomgå ett operativt ingrepp? Jo, han ville bli återställd från en cancersjukdom och trodde att det operativa ingreppet gav honom bäst möjligheter att bli återställd.

Emellertid är vi inte bara intresserade av att förklara varför någon gjort något, utan också fundera över vad vi bör göra. Med andra ord vill vi rättfärdiga eller motivera våra beslut. Då ägnar vi oss åt en normativ analys. Då vill vi att våra trosföreställningar ska omsluta fakta i så hög utsträckning som möjligt och att våra målsättningar ska vara uttryck för försvarbara värderingar. Vi vill alltså att de beslut vi så småningom når fram till ska vara robusta och tåla kritik. Därför är det angeläget att redan inledningsvis precisera vari eventuella svagheter består. Ibland kan det dock vara svårt att skilja fakta och värderingar från varandra då fakta kan vara mer eller mindre värdeimpregnerade. Vi måste försöka få klart för oss vad vi vet, vad vi inte vet, vad som eventuellt är osäkert och så småningom vad vi kan bli eniga om. Omedelbart kan det förefalla enkelt med fakta och mera komplicerat med värderingar, men ibland består en oenighet eller kontrovers snarare i att man inte kan komma överens om vad ett vetenskapligt faktum är eller om hur empiriska data ska tolkas, samtidigt som man faktiskt kan vara helt överens om de grundläggande värderingarna. Inom sjukvården där både säkerhet och strävandet efter effektiva och kostnadseffektiva teknologier är i fokus kan man sällan bortse från konsekvenserna av en handling. Därför aktualiseras en diskussion om vad konsekvenserna av ett visst beslut blir jämfört med ett annat beslut, allt annat lika. Bedömningen av konsekvenserna av ett beslut baseras ofta på sannolikhetsbedömningar, och även sådana bedömningar kan ibland vara mycket svåra att göra. Om vi tar exemplet med de *apatiska flyktingbarnen*, så finns det knappast några barnläkare eller barnpsykiatriker som inte vill att dessa barn hjälps på bästa möjliga sätt. Vidare vill de flesta också att rättvisepincipen ska gälla, dvs. att inget barn avvisas till en behandling som är sämre än den det kan få här i landet. Här tycks råda konsensus rörande vär-

deringsaspekten. Det man däremot inte är eller kan bli eniga om är på vilket sätt man bäst kan hjälpa dessa barn. Vissa barnpsykiatriker anser att barnen kan tillfriskna om man skickar tillbaka barnet med familj till hemlandet, medan andra anser att barnen kan dö om de inte får fortsatt sluten vård i Sverige, eftersom inga av de länder till vilka barnen kommer att avvisas har möjligheter att behandla barnen adekvat. Vad som faktiskt har hänt med de barn som avvisats och återvänt till hemlandet vet vi lite om och beroende på de olika uppfattningarna om tillståndets natur kan man göra helt olika sannolikhetsbedömningar. Om det skulle visa sig att barnen far illa, ligger i ett persisterande vegetativt tillstånd eller avlider, så kommer antagligen även de som antog att barnen skulle tillfriskna att ändra uppfattning och kräva att barnen färdigbehandlas innan de avvisas. Om det visar sig att barnen faktiskt tillfrisknade så skulle de som gjorde motsatt antagande förmodligen revidera sin uppfattning.

Fakta och värderingar kan också hänga samman på ett mer intrikat sätt, så att vissa fakta eller antaganden kan styra vilka etiska principer som ska prioriteras. Om det exempelvis är uppenbart att patienten inte är beslutskapabel och någon annan måste vikariera ett beslut så kan principerna om att *göra gott* och att *inte skada* (med vissa paternalistiska drag) bli mer framträdande. Om patienten däremot är fullt beslutskapabel så kan *autonomiprincipen* bli den dominerande principen och de andra principerna få ge vika. Fakta och tolkningen av fakta i ärendet kan alltså både påverka beslutsfattandet direkt och även påverka vilka värderingsgrunder som ska ha prioritet och på detta sätt inverka på beslutet. Uppfattningen att vissa värderingar har prioritet givet vissa faktiska omständigheter vilar i sin tur på mer grundläggande värderingar. Exempelvis så vilar den nyss nämnda uppfattningen om beslutskapacitet på värderingen att beslutskapablas autonomi i stor utsträckning bör respekteras. Avslutningsvis kan det också vara på sin plats att uppmärksamma att skillnaden mellan fakta och värderingar som två oberoende kategorier

tillhör en uppdelning som inte är hel okontroversiell, se också det *naturalistiska felslutet*. Se vidare *beslutsmetod* och *riktighetskriterium* samt *värdebaserad medicin*.

LITTERATUR: Elster 1990.

Beslutskapabel är den person som har förmågan att själv fatta framåtsyftande beslut utifrån *adekvat information*. En patient eller en försöksperson kan vara mer eller mindre beslutskapabel, och förmågan att fatta beslut är nära knuten till individens *autonomi*, som kan vara helt intakt eller nedsatt (avtagande eller stigande), tillfälligt eller permanent. Så kan en person som normalt är beslutskapabel vara inkapabel att fatta beslut, exempelvis om han eller hon är kraftigt berusad, omtöcknad eller medvetlös. Vidare kan en person med allmänt nedsatt beslutskapacitet vara förmögen att fatta vissa beslut. Exempelvis kan en person med psykisk funktionsnedsättning vara inkapabel att fatta beslut om sin ekonomi, men vara kapabel att bestämma vilka kläder han eller hon ska ha på sig. I sjukvårdsetiska sammanhang handlar det oftast om patientens beslut att genomgå en viss undersökning och behandling. Det är alltså förmågan att fatta beslut om det som är relevant, inte att fatta andra typer av beslut. Så kan exempelvis någon som är drogberoende vara inkapabel att fatta beslut om sitt droganvändande (se nedan), men mycket väl vara förmögen att fatta beslut om han eller hon ska genomgå behandling för att komma över sitt beroende.

Det är svårt att ge precisa villkor för när en person är beslutskapabel. Den svenska moralfilosofen Torbjörn Tännsjö har angivit fyra kriterier för när vi kan tala om att en person är beslutskapabel, vilket har relevans speciellt i samband med diskussionen av tvångsåtgärder inom psykiatri: 1) En beslutskapabel person måste uppfatta sig själv som en *aktör*, dvs. som en person som väger alternativ och som fattar beslut och handlar utifrån en vägning av dessa. Detta innebär bland annat ett minimum av fantasi, dvs. att man tänka sig att förhållanden kommer att kunna vara på ett visst sätt som det ännu inte är på. Vidare måste man inse att

vad man bestämmer sig för påverkar hur det kommer att bli. 2) En beslutskapabel person måste också kunna göra sig föreställningar om hur sannolika olika möjliga utfall av en handling är, och vilket värde den aktuella handlingen och dess utfall har i relation till olika handlingsalternativ och sedan väga samman resultaten. Kan man till exempel avstå från äta blodtryckssänkande eller lipidsänkande medicin? Vad är risken med att låta bli och vad är nackdelarna med att ta denna medicin? 3) Den beslutskapabla måste vara beredd att ändra eller revidera sina föreställningar om både fakta och värderingar om man får ta del av ny information, argument eller erfarenheter. Den som är fixerad i ett visst tankemönster eller hänvisar till högre makter eller inre röster lever inte upp till detta kriterium. 4) Beslutet måste utföras, dvs. leda fram till ett faktiskt handlande. Den person som fattar beslut om att sluta röka eller dricka alkohol, men inte kan utföra sina beslut handlar sålunda ineffektivt. Det är viktigt att framhålla att man kan vara förmögen att fatta beslut även om man inte kan omsätta sina beslut i handling. Dock utesluter ineffektivitet autonomt handlande, och om man inte kan genomföra det man bestämt sig för styr man givetvis inte över sig själv. I kliniska sammanhang är det sällan en särskilt hög nivå av effektivitet som krävs. Om det handlar om att fatta beslut om att genomgå en föreslagen undersökning eller behandling är det handlingen att säga ja eller nej som man effektivt ska kunna utföra; om man är äldre och svag till följd av sjukdom kan även ett sådant beslut vara förenat med svårigheter. Vidare är det viktigt att understryka att dessa kriterier inte ska uppfattas som om man måste ha gått universitetskurser i moralfilosofi eller vara expert i *evidensbaserad medicin* för att kunna uppfattas som beslutskapabel. Det räcker att ha förmågan att fatta egna beslut på ovan nämnda sätt – inte nödvändigtvis att man använder den fullt ut. De flesta normala vuxna personer i normala omständigheter betraktar sig själva som beslutskapabla i denna mening och vill bli betraktade som sådana av andra. Vården bör alltså inte ställa högre krav

på beslutskapacitet och autonomt beslutsfattande än vi gör i vardagslag.

Har vi skäl att ifrågasätta en persons förmåga att fatta beslut om vi själva aldrig skulle fatta ett sådant beslut och man kan se att beslutet till och med skulle kunna skada personen? Svaret måste vara nej. Att beslutet grundar sig på föreställningar som inte omfattas av majoriteten eller uppfattas som oklokt eller skadligt av andra kan inte i sig vara ett tecken på att personen som fattar beslutet inte är beslutskapabel. En *autonomiprincip* som underkänner beslut så fort de inte är i linje med vad man själv tycker är rätt och rimligt misslyckas med att skydda de beslut vi behövt en autonomiprincip till från första början.

I praxis har man betraktat vissa tillstånd som grund för att ifrågasätta patientens/personens förmåga att fatta beslut. Detta gäller exempelvis vid akuta situationer, då personen är medvetslös eller inte är kontaktbar. Då presumeras man samtycke till behandling om det bedöms vara i patientens intresse, eftersom man utgår ifrån att det är det beslut personen skulle ha fattat om han eller hon kunde fatta ett eget beslut och kommunicera detta. Vidare ifrågasätter man ofta beslutskapacitet om personen ifråga är psykiskt sjuk eller under påverkan av droger. Dock bör man påpeka att inte all psykisk sjukdom gör en inkapabel att ta ställning till sitt vårdbehov. Exempelvis kan en agorafobisk person vara oförmögen att fatta beslutet att korsa ett torg, men samtidigt vara kapabel att ta ställning till om han eller hon vill genomgå behandling för detta. Psykosser däremot sätter uppenbarligen ned ens kapacitet att fatta beslut om sin vård, eftersom man ofta inte ens inser att man är sjuk. Under vissa omständigheter sätter samhället gränser för beslutsfattandet även om patienter bedöms som beslutskapabla. I Sverige gäller det framför allt beteende som kan sprida smittsamma sjukdomar. Smittskyddslagstiftningen är öppet autonomiinskränkande, förmodligen eftersom värdet av att respektera autonomi på detta område anses trumfas av de potentiella katastrofer en sådan respekt kan leda till.

Hänsynen till andra och samhället väger helt enkelt tyngre.

Om en patient eller försöksperson inte är beslutskapabel vill man om möjligt att en närstående eller ställföreträdare *vikarierar ett beslut*. Även personens tidigare uttryckta vilja i ett *livstestamente* kan fungera som ett sådant vikarierande beslut.

LITTERATUR: Beauchamp et al. 2001, Tännsjö 1999 och 2002.

Beslutsmetod är en benämning på strategier som leder till att man gör det som är moraliskt riktigt. *Riktighetskriterier* anger vad som är riktigt eller oriktigt. De olika normativa moralteorierna formulerar olika riktighetskriterier, exempelvis att en handling är riktig om och endast om inget alternativ har bättre konsekvenser (*utilitarism*) eller att en handling är riktig endast om den maxim man handlar efter kan upphöjas till allmän lag (*Kant*). Man inser snabbt att dessa riktighetskriterier är svåra att tillämpa direkt. Beslutsmetoder anger då praktiskt användbara tumregler och strategier som rätt efterlevda är tänkta att leda till att man uppnår riktighetskriteriet i så stor utsträckning som möjligt.

Framför allt i den utilitaristiska traditionen brukar man understryka distinktionen mellan riktighetskriterium och beslutsmetod. Ett skäl är att det verkar hopplöst att veta vilket alternativ som är optimalt i en viss situation. Ett annat skäl är att om man skulle resonera utifrån vilka konsekvenser olika alternativ skulle få (alltså kalkylera) är detta också en handling, och det är inte troligt att det alltid är den handling som skulle få bäst konsekvenser. Ibland är det nog direkt kontraproduktivt, exempelvis om man under tidspress måste fatta ett viktigt beslut. Om man exempelvis i akuta situationer skulle genomföra utilitaristiska kalkyler skulle det sannolikt ställa till en del problem – i akuta situationer tillämpas vanligtvis vissa fungerande rutiner. Kom ihåg att utilitarismen inte säger åt oss att vara utilitarister eller handla med riktighetskriteriet för ögonen, utan den säger bara åt oss att handla så att det går så bra som möjligt allt taget i beaktande. Det kan ibland innebära

att vi inte ska kalkylera utan i stället handla mer spontant. Utilitaristen Hare har argumenterat för att man bäst uppnår det utilitaristiska riktighetskriteriet om man följer enkla tumregler i de flesta vardagssituationer, tumregler som fokuserar på vad som är väsentligt i livet (för de flesta), exempelvis att vara hygglig mot andra och sina vänner och familj, att man som sjukvårdspersonal ger adekvat information och talar sanning etc. I vissa andra situationer, exempelvis i mer övergripande prioriteringssammanhang, krävs att man genomför en mer omfattande analys med konsekvensbedömningar. Vi vet dock nästan aldrig vilket alternativ som ger bäst konsekvenser, utan vi måste göra en sammanvägning av möjlig nytta och sannolikheten för denna för varje alternativ enligt vissa regler, s.k. *maximering av förväntat värde*.

LITTERATUR: Gren 2004, Hare 1994, Tännsjö 1998.

Besvärliga patienter är ett uttryck som ibland används om patienter som söker sjukvården igen och igen och tillsynes aldrig blir nöjda. Den danska allmänläkaren Jan-Helge Larsen har närmare studerat ett antal sådana patienter och det visade sig att den gemensamma nämnaren var att patienterna i ett tidigt stadium av sin kontakt med sjukvården hade blivit kränkta. Det var denna kränkning som var anledningen till den fortsatta kontakten med vården, som ofta innebar omfattande odysseyer av utredningar som inte ledde fram till någon diagnos, vars innebörd var att patienten sökte att få upprättelse genom att få en viss diagnos eller en annan form av bekräftelse.

Vid en randomiserad studie av olika informationsförfaranden vid rekryteringen av patienter för den kliniska undervisningen av läkarstuderande, visade det sig att de få personer som sa nej till att delta i den kliniska undervisningen samtliga hade tidigare erfarenheter av att ha blivit kränkta i samband med att de medverkat i klinisk undervisning. Så kallade besvärliga patienter tycks alltså i vissa fall vara ett *iatrogen* skapat problem. Se också *kränkning*.

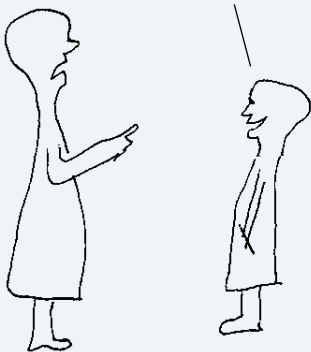
LITTERATUR: Larsen 1981.

Bevis är ett uttryck som ursprungligen används inom matematiken och den formella logiken, dvs. inom de exakta vetenskaperna; att leda någonting i bevis förutsätter att den logiska slutledningen är korrekt och att de axiom som används som premisser är (analytiskt) sanna. Om man sålunda använder sig av bevisföring förutsätts en *deduktiv* slutledningsprocedur. Bevis och bevisföring används dock också i andra sammanhang, exempelvis inom de empiriska vetenskaperna och även inom juridiken.

Man kan sålunda ibland höra att "det är vetenskapligt bevisat att..." vilket dock enbart innebär att man har relativt god empirisk evidens (två eller tre randomiserade studier) för att kunna rekommendera exempelvis en behandling (se vidare *evidensbaserad medicin*). Men empiriska vetenskaper tillhör inte de exakta vetenskaperna och det är svårt att i verkligheten tillämpa deduktiva slutledningar som leder fram till deduktivt härledda slutsatser och därmed uppnå säker bevisning. När man ändå ibland stöter på ordet bevis i empiriska vetenskaper måste man alltså se upp, därför att man sannolikt använder sig av lånad prestige

Det står i Bibeln att vi bör lyssna till vårt samvete.

Det finns inga bevis för samvetets existens.



Vetenskapligt bevisat?

från de exakta vetenskaperna och jakten på exakthet där den omöjligt kan finnas kan (enligt Babbage) leda till risk för frisering av data. Se *vetenskapliga legender*.

LITTERATUR: Föllesdal et al. 2001, Judson 2004.

Biblisk etik refererar till etik och moraluppfattning som kommer till uttryck i den kristna Bibeln, dvs. Gamla och Nya testamentet. Dessa är dock motstridande i flera avseenden. Dödsstraff är enligt Gamla testamentets Moseböcker tillåtet medan Nya testamentet (NT) mestadels föreskriver icke-våldsstrategier mot det onda (om någon slår dig på högra kinden, så vänd också den andra till honom). Tio guds bud (*dekalogen*) från Gamla testamentet torde dock fortfarande gälla i NT:s tid även om de förefaller något tids- och kontextbundna och därmed mindre relevanta för vår tid. Synen på slaveri, kvinnans roll i samhället och exempelvis sexuella minoriteters rättigheter kan variera beroende på hur texttroget man tolkar Bibeln. Den bibliska etiken ser så klart olika ut beroende på om man tolkar Bibeln texttroget, eller om man i en mer pragmatisk tillämpning försöker isolera vissa symboliska budskap som går att överföra och tillämpa på vår tids handlingar och beteende. Det är också viktigt att skilja på den etik som kommer direkt till uttryck i de religiösa urkunderna och den som blivit en del av den religiösa traditionen. Exempelvis har det kristna motståndet mot abort lite textmässigt stöd i testamenten (det textställe i Jeremias bok som brukar anföras handlar uppenbart om att Gud inskräper hans auktoritet som profet och inget annat, se Jeremia 1:5). Det textställe som kommer närmast att uttala sig specifikt om fosters moraliska status är i Exodus 21:22-25, där israeliternas uråldriga lagar beskrivs. Där står det att straffet för mord är döden, men att "Om män träta med varandra och någon av dem stöter till en havande kvinna, så att hon föder fram sitt foster, så böte han, vad kvinnans man ålägger honom, och betale efter skiljedomares prövning" (Exodus 21:22). Sedan står det att "om olycka sker", så gäller liv för liv osv.,

dvs. vedergällningsprincipen. Här är det långt ifrån klart att vedergällningsprincipen gäller både fostret och kvinnan och inte bara kvinnan. Vidare berör egentligen inte textstället aborter som, till skillnad från den i Bibeln beskrivna situationen, är avsiktlig och inte ett resultat av en holmgång mellan två män. Exegeter har tolkat det som att abort innebär böter, men mord på kvinnor och andra vuxna ska bestraffas med döden, så länge de inte är slavar (se Exodus 21 i övrigt). Den kristna tradition som säger att abort är att likställa med mord har därför inget direkt stöd i en biblisk etik, utan är något som tillkommit senare. Se vidare *dekalogen* och *kristen etik, judisk etik, sexualmoral* samt *Hammurabis lagar*.

LITTERATUR: Andersen 1993, Andréén 2004.

Biobanker är samlingar av olika typer av biologiskt material tillsammans med data om de personer som lämnat sitt biologiska material till banken. Biobanker finns först och främst inom sjukvården där syftet med att lagra biologiskt material tillsammans med journaldata (eller s.k. fenotypdata) om en patient, är att ha något att jämföra med om patienten vid ett senare tillfälle söker för liknande symtom eller sjukdomar – man talar då om medicinska biobanker. Det kan exempelvis vara av värde att jämföra en ny leverbiopsi, ett blodvärde eller ett EKG med ett som tagits tidigare, för att undersöka om en sjukdom eller ett tillstånd har utvecklats sig eller gått tillbaka. Tidigare har man rutinemässigt sparat sådana prov, men i dag har det tillkommit lagstiftning som förutsätter att patienter ger sitt informerade samtycke till att ett prov och annan information sparas.

Ett annat exempel på en biobank är det s.k. PKU-registret där man på små papperslappar sparat en droppe blod från alla nyfödda barn sedan 1966. Provet tas som del av en screening för en sjukdom där patienten saknar förmågan att producera ett enzym vilket medför en anhopning av proteinet fenylketon, något som leder till att barnet får en utvecklingsstörning. En sådan patient får en ökad utsöndring av fenylketon i urinen, därav namnet fenylketonuri

(PKU). Man kan emellertid på ett relativt enkelt sätt förebygga tillståndet genom diet och där man undviker födoämnen som innehåller det aktuella proteinet. Papperslapparna med blodproven ligger emellertid kvar i biobanken och kan även användas för andra ändamål, exempelvis forskning. Eftersom man i dag utifrån ett litet prov/spår som innehåller DNA från en människa kan kopiera detta ett oändligt antal gånger och på så sätt både kartlägga gener och identifiera avlidna eller personer som är misstänkta för brott, finns det möjlighet att använda PKU-registret på ett sätt som man inte hade kunnat förutse då det initierades. Mest kontroversiellt har användningen av PKU-registret varit i samband med identifieringen av utrikesminister Anna Lindhs misstänkta mördare. I samband med tsunamikatastrofen i Sydostasien julen 2004 gav den svenska riksdagen enhälligt tillstånd till att använda PKU-registret för identifieringen av de många avlidna som till följd av värmen och skador inte var igenkännbara på annat sätt. Det är sålunda endast i undantagsfall som de medicinska biobankerna har använts för andra ändamål än medicinska och polisen håller nu på att bygga upp ett eget DNA-register. Man har diskuterat om polisens eller åklagarmyndighetens eventuella användning av de medicinska biobankerna skulle kunna påverka patienters förtroende för sjukvården och därmed benägenhet att godkänna att deras blodprov eller vävnad förvaras i biobanker, vilket i sin tur skulle kunna påverka patientsäkerheten. Efter att det blev känt att polisen hade använt sig av PKU-registret för att klara upp mordet på Anna Lindh, var det flera individer som bad om att bli borttagna från registret. Men det finns också studier som indikerar att befolkningens förtroende inte skulle påverkas.

Medicinska biobanker där materialet insamlats inom rutinsjukvården kan emellertid också bli av intresse för medicinsk forskning, speciellt för den genetiskt inriktade forskningen. Vissa biobanker har också initierats med avseende på framtida forskning. Om forskare önskar att få ut material (exempelvis genotypinformation) och andra uppgifter om försökspersonens häl-

sostillstånd och livsstil (fenotypinformation) förutsätts det att donatorerna om möjligt har gett sitt informerade samtycke till att det aktuella projektet genomförs. En etikprövningsnämnd ska också ha godkänt projektet. Gäller det stora populationsbaserade studier kan det praktiskt vara svårt att informera alla individuellt och man kan då informera genom pressen och be dem som inte vill vara med att höra av sig, ett s.k. *opt out*-förfarande, vilket kan ses i motsättning till den situation där en donator först inkluderas om han/hon aktivt sagt ja – också kallat ett *opt in*-förfarande. Krävs det generellt ett *opt in*-förfarande (som i exempelvis USA) kan stora populations- och biobanksbaserade studier bli omöjliga att genomföra. Flera av de stora svenska medicinska biobankerna är av mycket stort värde för medicinsk forskning, exempelvis tvillingregistret på Karolinska Institutet.

LITTERATUR: Bexelius et al. 2007, Helgesson 2006, Hoeyer et al. 2004.

Bioetik är en beteckning för ett forsknings- och undervisningsområde, som förutom medicinsk etik inbegriper djuretik och etik i relation till hela ekologiska system, skog, hav och natur i största allmänhet. Bioetiken omfattar sålunda etiska aspekter på växtförädling, genmodifierade djur och växter, exploateringen av natur, havsförorening, fiskemetoder och fiskekvoter, koldioxidutsläpp etc. Se vidare *djuretik*, *GMO* och *medicinsk etik*.

Biverkningar är oönskade effekter av preventiva, diagnostiska eller terapeutiska ingrepp. Man talar också ibland om sidoeffekter. Det är sällan som medicinska behandlingar inte har en eller annan form av förutsedd biverkning som sålunda måste vägas mot de önskvärda effekterna både på individ- och befolkningsnivå, speciellt då det gäller preventiva insatser (som exempelvis vaccination). Biverkningar kan vara allvarliga och livshotande, mindre allvarliga eller helt negligerbara. Vid vissa typer av cytostatikabehandling kan det finnas risk för att de vita blodkropparna minskar så kraftigt att

patienten vid en banal infektion kan dö av blodförgiftning (sepsis). Vid operationer av exempelvis aortaaneurysm finns också en stor risk att operationen inte lyckas och patienten avlider. Exempel på mindre allvarliga (icke livshotande) biverkningar är muntorrhet, illamående, yrsel, trötthet, impotensproblem etc. Huruvida man kan acceptera en biverkning eller inte beror också på hur den påverkar livskvaliteten. Ibland kan biverkningarna vara så påtagliga och kompromettera livskvaliteten så mycket att en patient avstår från den aktuella behandlingen även om den i övrigt är solid *evidensbaserad* (EBM); det är i sådana situationer den *värdebaserade medicinen* (VBM) aktualiseras. Se också *icke skada-principen* och *iatrogena sjukdomar*.

Blomquist, Clarence (1925–1979) var psykiatriker och en av de första i Sverige som professionellt arbetade med medicinsk-etiska och vetenskapsteoretiska frågor. Han skrev flera läroböcker i medicinsk etik och var med om att utarbeta Helsingforsdeklarationen från 1975. Han skrev även en uppmärksam artikel om Det oetiska i att inte forska. Se också *forskningsprincipen*.

LITTERATUR: Blomquist 1971 och 1975.

Blodtappning, åderlätning eller venesektion var tidigare en vanlig behandling mot olika sjukdomar. Grunden för blodtappning var fyrsaftsläran eller *humoralpatologin* så som den exempelvis presenterades av Galenos. Enligt denna lära var sjukdom orsakad av olyckliga planetkonstellationer (kosmiskt telluriska förändringar) i makrokosmos som i sin tur påverkade balansen mellan de fyra vätskorna hos människan (mikrokosmos). Läran förutsätter alltså ett samspel mellan mikro- och makrokosmos. De fyra vätskorna var flegma (slemmet), sanqvinos (blodet), choleros (gul galla) och melancholos (svart galla). Flegma påverkades av månen och blev det för mycket av det blev man månsjuk (jfr engelska uttrycket "lunatics"), melancholos var styrd av Saturnus och blev det för mycket av denna vätska blev man melankolisk etc. Idén bakom blodtappning var att man härigenom tappade

ut mest av det som det var överskott av och på detta sätt kunde understödja kroppens självläkande förmåga, en tanke som vi även återfinner hos Hippokrates. Blodtappning enligt de galenska principerna höll man på med till långt in på 1800-talet, då den galenska tankevärlden hade blivit ifrågasatt, och det fanns empiriska studier (av bland annat Pierre Louis och Joseph Dietl) som indikerade att blodtappning, jämfört med att inte sätta in någon aktiv behandling (expektans) föreföll var ett likvärdigt eller i alla fall inte bättre alternativ. Behandlingen bidrog kanske i vissa fall till att man skadade mer än man gagnade, sannolikt beroende på hur mycket blod man tappade – vilket det fanns olika uppfattningar om. Se *Biverkningar*.

Teoretiskt sett kan det dock inte uteslutas att blodtappning kan ha haft en viss effekt vid bakteriella infektioner. Bakterier behöver järn för att kunna föröka sig (proliferera) och för produktionen av röda blodkroppar behövs också järn. Om man genom blodtappning kan minska förekomsten av fritt järn i blodbanan skulle man teoretiskt sett kunna hindra bakterierna i att proliferera, dvs. blodtappning kan tänkas ha en bakteriestatisk effekt. Se också *Galenos* och *humoralpatologin*.

LITTERATUR: Johansson et al. 2008, Porter 1999.

Bota är ett uttryck för att en behandling har lyckats, så att en sjuk människa är helt återställd. Uttrycket förekommer i medicinetiska samband exempelvis då man säger att läkarens främsta uppgift är att bota, och kan man inte bota ska man lindra och kan man inte lindra ska man trösta. I modernt medicinskt språkbruk är det inte så vanligt att man använder ordet bota, då det ibland associeras till religiösa mirakler och nog används mer av lekmän än av exempelvis läkare. Se också *tröst*.

Buddistisk etik baseras på en livssyn som bygger på en indisk religion där Buddha (560–480 f.v.t) och hans egna erfarenheter av hur man kommer på den rätta vägen i livet spelar en avgörande roll. Även om buddismen ursprungli-

gen är av indisk härkomst slog den an speciellt i Kina och Japan. Det beror sannolikt på att det var enkelt att anpassa det religiösa budskapet till kinesisk filosofi som exempelvis *konfucianism* och *taoism/daoism* som båda utgår från att människan i grunden är god. (En anledning till att kristendomen och kristna missionärer aldrig lyckats slå an i Kina har troligen varit föreställningen om arvsynen, och tanken om människan som potentiellt ond är helt oförenlig med kinesisk filosofi).

Det finns två huvudinriktningar inom buddismen, en som färdas i den lilla vagnen (Hinayana-buddism) och en som färdas i den stora vagnen (Mahayana-buddism). Den lilla vagnens buddism är strängare och betonar att individens frälsning sker genom meditation och självkontroll. Den finns utbredd på Sri Lanka och andra områden i Sydostasien. Den stora vagnens buddism, som finns i Kina och Japan, är mer försonlig och säger att Buddha arbetade för att hjälpa andra till nirvana och frälsning.

Enligt buddismen bör man sträva efter att bli vis som Buddha, men visheten är inte ett mål i sig utan ett medel för att uppnå det ultimata religiösa målet: att komma förbi de hinder (karma) som binder oss till att handla egoistiskt eller altruistiskt eller det förhållandet att vi över huvud taget har livsmål, begär och ambitioner. Kan vi bara frigöra oss från denna världens begär och önsknings och vara absolut närvarande och ett med världsalltet så kan inte längre handlingar klassas som goda eller onda, moraliskt försvarbara eller inte (jämför det *apatiska* tillståndet inom *stoicismen*). Buddha försökte först att uppnå detta tillstånd av absolut intethet (nirvanatillståndet) genom askes, men menade sedan att det var meditation som kunde leda till nirvana. För vanliga människor som inte har den meditativa förmågan gäller det att genom goda handlingar förbättra sin ställning i nästa liv. Om man utför dåliga eller orätta handlingar kan man försämma sin ställning och bli något lägre stående. Centralt är dock att om man inte lyckas genom meditation att frigöra sig från begär, önsknings, passioner etc., så är man dömd till ett evigt liv i en cykel med fö-

delse, liv, sjukdom och död som djur, människa eller annat levande.

Inom buddismen är motiven eller avsikten det centrala för den etiska bedömningen av handlingar. Att vilja göra gott och visa medkänsla är en central princip i buddismen liksom att vara rättvis, att inte skada samt att tala sanning. Däremot intar autonomiprincipen inte någon central roll. De centrala principerna inom buddismen är av samma karaktär som *prima facie-plikter* eller principer, dvs. de kan alltid övertrumfas om tillräckligt mycket annat av värde står på spel i en given situation. Det kan vara en förklaring till att man sällan ser någon form av religiös fanatism inom buddismen och att de heliga krig som förekommer i både kristen, judisk och islamisk religion åtminstone inte tycks förekomma inom den buddism som åker i den stora vagnen. Buddismen kan dock i kombination med nationalistiska strömningar också leda till politisk konfrontation, som den som förs mot de hinduistiska tamilerna på Sri Lanka där man också lever efter den lilla vagnens buddism.

Buddismen räknar alltså inte med några *absoluta plikter*. I stället tänker man sig att oskickliga handlingar leder till dåliga resultat och vice

versa. Man bör därför träna sig så att man blir så skicklig som möjligt på att göra det goda och undvika det dåliga. Ett sätt är att följa de fem föreskrifterna eller löftena: Jag avstår från att döda, från att ta det som inte getts, från att sexuellt utnyttja någon, från falskt tal och från att inta medel som fördunklar sinnet. Buddismen är inte en fatalistisk religion; även om det finns vissa givna villkor har vi som människor stora möjligheter att förbättra oss, att bli skickliga och därmed påverka vårt och andras liv till det bättre. Vårt beteende påverkar vår existens, säger buddismen. Som det framgår är buddismen till stor del erfarenhetsbaserad och vissa likheter med *dygdetiken* kan skönjas (se också *Kierkegaard*). I Kina blev buddismen speciellt utbredd därför att den kunde förenas med både konfucianism och taoism/daoism, men medan den kinesiska filosofin krävde teckentydning och filosofiska färdigheter blev buddismen en möjlighet för de som inte var/är filosofer eller "läskunniga" att finna nåd och frälsning. Det ställdes inga speciella akademiska eller ceremoniella krav så som till de kinesiska mandarinerna. Se också *konfucianism* och *daoism*.

LITTERATUR: Favrholdt 1997.

C

Ceteris paribus betyder "allt annat lika". Uttrycket används då man bedömer en komplex situation och fokuserar på vissa variabler och förutsätter att alla övriga variabler inte ändras eller är konstanta. De variabler som hålls konstanta kan nämligen ibland också tänkas påverka situationen och härigenom få situationen att ändra karaktär. Detta kan göra situationen omöjlig att överblicka med avseende på de variabler man är intresserad av. *Ceteris paribus*-klausulen används alltså i idealiserade sammanhang eller *tankeexperiment*. Se också *orsaksförklaringar*.

Charm kan förstås som ett uttryck för en människas förmåga att få andra människor att känna sig väl till mods i vederbörandes sällskap, dvs. en förmåga att skapa allmän trevnad. Vanligtvis uppfattar vi charm som något positivt och något som kan underlätta mellanmänsklig kommunikation. Men samtidigt ska man vara uppmärksam på att vissa människor med vissa typer av personlighetsstörning ofta är charmfulla och det är en charm som då används för att uppnå vissa fördelar eller rent av i exploaterande syften. Det gäller till exempel psykopaten som just utmärker sig med att vara charmig men som exploaterar andra människor för egna syften, exempelvis sol-och-vårare och annan form av lurendrejare. Det gäller för viss del även individer med en narcissistisk personlighetsstörning som när ingen säger emot honom/henne kan vara mycket charmerande. Många människor är därför lite på sin vakt när de stöter på en charmerande person. Se *narcissistisk* och *psykopatisk personlighetsstörning*.

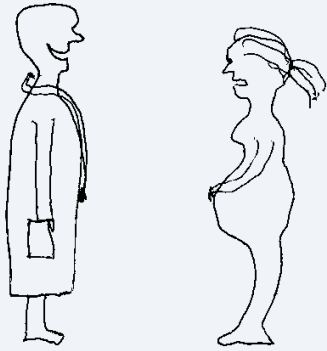
LITTERATUR: Hegeler 2000, Sigrell 1999.

Chimärer är biologiskt sett en beteckning för levande varelser som innehåller celler från flera olika individer/arter. På svenska har en chimär dock fått innebörden av en sorts hjärnspöke men som sannolikt har bakgrund i olika fantasifigurer – mest känd är kanske den egyptiska sfinxen som har ett kvinnohuvud och kvinnobröst, men där övriga kroppen är ett lejons. Chimärer är alltså ofta blandvarelser (hybrider) mellan människa och djur, såväl mellan olika djurarter som de uppträder i den grekiska mytologin eller som utsmyckningar på kyrkor och andra byggnader; exempelvis en varelse som har ett lejons huvud, en gets kropp och en orm till svans.

Numera har man också skapat verkliga chimärer inom den experimentella biologin, där man använt sig av sammanblandningar av stamceller från olika djurarter eller blandningar av stamceller från människor och djur. Forskare lyckades exempelvis för mer än 20 år sedan att skapa en blandning (hybrid) mellan ett får och en get. Man blandade embryonala stamceller (blastocyter) från både får och get när dessa var utvecklade till 4–8-cellstadiet. I princip används begreppet chimär i dag för att beskriva en individ som blivit tillförd minst en hel cell från en annan biologisk varelse, som kan vara både djur och människa. Patienter som fått blodtransfusion eller varit föremål för organtransplantation är sålunda att betrakta som chimärer så länge cellerna eller vävnaden finns kvar. Även en gravid kvinna är i denna mening att betrakta som en chimär.

Dessa aspekter på chimärer är relativt okontroversiella. Det etiskt kontroversiella med chimärer är när man inte längre entydigt kan identifieras som en människa eller ett icke-mänskligt djur. Traditionellt klassifice-

Beklagar lilla frun, men så länge ni är gravid är er juridiska ställning oklar och jag kan därför inte utfärda något körkortssintyg. Men jag kan lugna er med att vi inte kommer att utnyttja situationen och använda er som försöksdjur.



Djur eller människa?

ras levande varelser antingen som djur eller människor, där djur har skyddsvärde och människor människovärde. Vidare kan djuren inte ställas juridiskt eller moraliskt till ansvar för sina handlingar – en myndig människa kan, djur kan ägas – människor kan inte (bör inte kunna) ägas av andra människor, djur kan inte göra anspråk på självbestämmanderätt – människor kan, och djur får dräpas, ätas och användas enbart som medel för andra – människan får inte, etc. Denna människans särställning har dock ifrågasatts (se *djuretik* och *artism*). När vi skapar hybridvarelser uppstår där problem kring deras moraliska och rättliga status: ska den aktuella individen behandlas som djur eller människa? Vi talar här inte om hybridvarelser som fått inopererad vävnad (exempelvis hjärtklaffar) från ett djur (exempelvis från en gris) – en sådan individ är fortfarande en människa. Problematiken uppstår när man tillfört celler eller vävnad som på ett avgörande sätt påverkar identiteten av den skapade hybridvarelse. Om man exempelvis lyckas transplantera humana hjärnstamceller till ett djur (exempelvis en apa) i en omfattning så att djurets kognitiva förmåga

har påverkats signifikant, ska vi då säga att djuret har blivit humaniserat (uppgraderat) så att det ska behandlas som en människa? Finns det något problematiskt i sig med att korsa artgränser på detta sätt?

I syfte att exempelvis framställa nya behandlingar mot sjukdomar har man genomfört en rad experiment där man försökt att få både mänskliga hjärnstamceller att växa i djur och embryonala hjärnstamceller från djur att växa i människor (för att på sikt kunna behandla exempelvis demenssjukdomar). En fråga man får ställa sig är om en människa, som fått implanterat identitetsskapande embryonala stamceller från ett djur, ska uppfattas som animaliserad (degraderad) eller ska vi, ifall behandlingen lyckats och den tidigare senildementa patienten börjar få kognitiva funktioner tillbaka, omvänt uppfatta det som en uppgradering? Eller visar detta att den etiska gränsen mellan mänskliga och andra djur inte är så självklar som ofta tas för givet? Se vidare *xenotransplantation* och *stamcells forskning* samt *djuretik*.

LITTERATUR: Det etiske råd 2007.

CIOMS – the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) är en internationell, icke-statlig, inte vinstdrivande organisation som etablerats av WHO i samarbete med UNESCO 1949. CIOMS ger ut International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. CIOMS har också diskuterat de fyra principerna: att göra gott, inte skada, autonomi och rättvisa, men har kombinerat de två första i det som på svenska kallas nyttoprincipen.

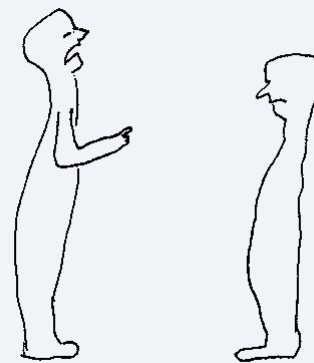
LITTERATUR: CIOMS 2002.

Cirklarsonemang eller cirklarsonemang är en typ av resonemang som ”biter sig själv i svansen” genom att man argumenterar för en slutsats genom att hänvisa till ett resonemang som i sin tur bygger på den slutsats man argumenterar för från början. Låter det krångligt? Ett par exempel gör det nog tydligare! Under rubriken *dygdetik* illustrerar vi hur man kan hamna i ett cirklarsonemang om man presenterar följande

frågor och svar: Vad gör en handling riktig? Det att den skulle utföras av en dygdig person. Vad skulle en dygdig person göra? Det som är riktigt etc. Denna typ av argumentation är defekt, eftersom den förutsätter det som ska visas i sin förklaring av vad som gör en handling riktig. En variant av cirklarsonemang är cirklarsonemang, exempelvis ”Vad är kristen etik?” ”Den etik som förkunnas av Gud.” ”Vilken etik förkunnas av Gud?” ”Den kristna etiken!” (Prova att byta ut ”kristen etik” mot ”rättvisa”, ”etik som förkunnas av Gud” mot ”fördelning som förkunnas av Marx” eller samma manöver med ”frihet” och ”livsstil som förespråkas av Mill” osv.). Problemet med cirklarsonemang är att de inte upplyser oss om det vi vill ha svar på genom att indirekt hänvisa till det vi ursprungligen frågade efter. Vanligtvis är cirklarsonemang mer omfattande och därmed svårare att uppfatta än dessa enkla exempel.

Cirklarsonemang liknar, men ska inte sammanblandas med, en annan typ av defekta resonemang som snarast lider av att vara icke falsifierbara genom att alla händelser tolkas som stöd för slutsatsen, även sådant som verkar motsäga den. Det kan exempelvis komma till uttryck i

– Ju mer du nekar, desto mer skyldig blir du!
– Jamen, jag är oskyldig!
– Ha, nu är det bevisat att du är skyldig!



Ett icke-falsifierbart argument

vissa psykologiska teorier där ett förnekande av ett påstående exempelvis att jag inte är deprimerad trots det att jag kanske inte önskar leva mer, enbart understryker eller är bevis för att det är sant att jag är deprimerad.

LITTERATUR: Föllesdal et al. 2001, Næss 1971.

Compliance betyder följsamhet och refererar till patienters benägenhet att följa en läkares behandlingsordinationer/rekommendationer. Compliance är vanligen förknippad med en viss form av läkarpaternalism som tar sin utgångspunkt i att eftersom läkaren vanligtvis medicinskt vet mest så vet han/hon också vad som är bäst för den aktuella patienten, exempelvis med avseende på vilken behandling som ska ges. Patienten förväntas härefter att följa den av läkaren föreslagna behandlingen. Om patienten inte gör det talar man om att compliance är dålig och i vissa fall talar man till och med om olydiga patienter. Dålig compliance kan innebära allt från att patienten inte tar ut sin ordinerade medicin från apoteket till att även om medicinen köps ut så tas den enbart i doser som passar patienten (antingen för mycket eller för lite). Inom den medicinska psykologin studerar man vilka faktorer som kan skapa god compliance och vad som hindrar god compliance, för att på detta sätt optimera compliance. Se också *konkordans*.

LITTERATUR: Rudebeck 1995, Holm 1993.

Communism – se *CUDOS-normer*.

Confounding factor är ett uttryck som används inom epidemiologin när ett statistiskt samband uppfattas som kausalt relaterat, men i själva verket inte är det. Ökad alkoholkonsumtion är exempelvis statistiskt associerad till lungcancer, men rökning och ett ökat alkoholkonsumtion är också associerat. Det är dock enbart rökningen som är kausalt relaterad till lungcancer, och alkoholkonsumtion är i detta sammanhang en confounding factor. Rökning är en riskfaktor för att utveckla lungcancer; många av dem som röker cigaretter får gula fingrar. Men

gula fingrar i sig är ingen riskfaktor för lungcancer – gula fingrar kan alltså i detta sammanhang sägas vara en confounding factor. Besläktat med begreppet confounding factor inom epidemiologin är möjligen problemet med ”*guilt by association*” inom etiken – här är det också frågan om samband/associationer som inte heller har någon väsentlig relation till brottet.

Cowboyetik är ett uttryck som används i samband med exploateringen av naturen och förhållningssättet till miljön, och bygger på föreställningen (fördömen) om cowboys som skjuter först och frågar sen. I medicin- och forskningssammanhang refererar cowboyetik till situationer där klinikern eller forskaren inte bryr sig så mycket om att informera och fråga patienter eller försökspersoner och kanske inte heller är så noga med de metoder man använder eller om man fuskar lite. Det viktiga för en ”cowboyetiker” är att uppnå resultat och göra karriär. Kan kontrasteras med *scoutmoral*. Se också *Lime, Harry* och *maffiaetik*.

Cowboyetik har dock också en annan innebörd, mer lik scoutmoral, när cowboyer själv ska presentera sin etiska kod. Begreppet refererar också till cowboyens olika dygder såsom exempelvis James P Owen sammanfattat dessa så att de också är anpassade till Wall Street cowboys:

- 1) Live each day with courage.
- 2) Take pride in your work.
- 3) Always finish what you start.
- 4) Do what has to be done.
- 5) Be tough, but fair.
- 6) When you make a promise, keep it.
- 7) Ride for the brand.
- 8) Talk less and say more.
- 9) Remember that some things aren't for sale.
- 10) Know when to draw a line.

LITTERATUR: Lynöe 1999, Owen 2005.

CUDOS-normer refererar till den amerikanske sociologen Robert Mertons fyra normer eller ideal för hur forskning bör bedrivas. Han menade också att dessa ideal har stöd i veten-

skapssamhället, åtminstone i teorin. C:et står för *communism*, dock inte med den politiska innebörd som vi i dag förknippar med beteckningen. I stället har termen i detta sammanhang innebörden att ingen kan äga en vetenskaplig upptäckt, ingen kan äga den kopernikanska världsbilden, och ingen ska heller kunna patentera en upptäckt. En *uppfinring* däremot kan man patentera och i vissa fall kan det vara svårt att helt distinkt sätta gränsen för när det är en fråga om en upptäckt eller en uppfinring. Upptäckten av insulinets verkan är sålunda en upptäckt, men utvecklingen av ett fungerande läkemedel mot diabetes mellitus klassas som en uppfinring. Detta är speciellt problematiskt då det gäller genetisk forskning, då man börjat patentera gener och till och med kan framställa DNA-sekvensen i en gen som ett stycke musik och därmed kan kräva ett copyrightskydd som gäller 70 år jämfört med ett vanligt patent på 20 år. Även om man kan tala om intellektuell egendom är det ideala för Merton att man som forskare enbart får sin belöning genom berömmelse och heder. Bantings upptäckt av insulinet förefaller sålunda som ett ideal eftersom han sålde patentet för en dollar under förutsättning att det berörda läkemedelsföretaget (Eli Lilly) inte exploaterade upptäckten.

U:et står för *universalism* och innebär att vetenskapliga upptäckter och de metoder som används är universella – det finns ingen speciell tysk fysik; exempelvis gäller Newtons lagar i Tyskland såväl som i Burkina Faso. Forskarens kön, ålder, religiösa, etniska och politiska tillhörighet spelar inte heller någon roll. Motsatsen till universalism är enligt Merton hemlig kunskap och icke-transparenta metoder. D:et står för *Disinterestedness* som innebär att forskarens yttersta intresse är att vara sanningssökande och att inte låta ideologi, religion eller politik styra forskningsintresset; ambitionen är att undersöka om man har rätt i ett antagande, inte att få rätt, hur kär man än är i sin hypotes. OS:et står för *organiserad skepticism* och innebär att det vetenskapliga samhället (som inte bara är lokalt) kritiskt ska granska forskarens resultat. Även om vi utrustade Robinson Crusoe

med avancerade apparater som skulle göra det möjligt för honom att genomföra astronomiska observationer är det svårt att klassificera hans resultat som vetenskap eftersom de inte har passerat vetenskapssamhällets kritiska filter. Detta ideal är nog det som faktiskt efterlevs i högst grad i kraft av vetenskapssamhällets inre logik: det går att göra karriär som forskare på att kullkasta andras resultat. OS innebär också att forskaren ska avvakta med att gå ut med sina resultat tills empirisk evidens föreligger. Se också *Wakefieldfallet*.

Normerna formulerades 1942 mot bakgrund av det som hände i tredje rikets Tyskland, där man talade om tysk fysik och arisk forskning och opponerade sig mot tanken om objektivitet och vetenskapen som en kosmopolitisk företeelse. Som det framgår är normerna i vissa avseenden inte tidsenliga, men som ideal fungerar de nog fortfarande som eftersträvansvärda för många forskare. Normerna kan åtminstone användas som en utgångspunkt för diskussion av forskningsetiska frågor.

LITTERATUR: Forsman 1997, Helgesson 2006, Lynöe 1999.

Cynism refererar till en i antiken förekommande filosofi vars anhängare kallades cynikerna (grekiska: kynikerna). Cynismen är besläktad

med *stoicismen* och nyplatonism med avseende på strävandet efter att göra sig fri från världsliga behov och passioner. Genom att disciplinera sig själv och via askes skulle man enligt cynikerna kunna frigöra sig från slaveriet från de egna passionerna samt från andra människor och materiella ting. Genom att utsätta sig själv för frestelser kan man träna sig och stärka sig i den moraliska kampen. Eftersom cynikerna inte trodde på logisk argumentation (de ansåg att man bara slösade bort tiden) lanserade man sina åsikter genom olika uppträdanden eller happenings samt sin speciella klädsel (kappa, ryggsäck och käpp). I detta avseende kanske man kan se en viss likhet med den postmoderna uppfattningen om logisk argumentation som en form av symbolisk terrorverksamhet. Det finns en besläktad kinesisk version av den klassiska formen av cynism. Se *daoism*.

Den moderna innebörden av cynism eller cyniker refererar ofta till en känslomässigt likgiltig person som saknar förmågan att leva sig in i en annan människas problem och lidande. Se också *empati*. Ibland refererar cyniker till någon som ”ser alltings pris men intets värde” eller till någon som konstant tolkar andras handlande som uttryck för tarvliga motiv.

LITTERATUR: Andersen 1993, Favrholt 1997.

D

Daniels, Norman är en amerikansk moralfilosof med inriktning på medicinsk etik. Han är framför allt känd för att ha utvecklat en teori om *rättvisa* inom vården som bygger på *Rawls* tänkande. Norman Daniels utgår från tre frågor när han diskuterar rättvis fördelning av vård: 1) Är sjukvården speciell, så att det exempelvis är mer motiverat med *jämlikhet* på sjukvårdens område än på andra samhällsområden? 2) Vilken nivå av ojämlikhet i hälsa är försvarbar? 3) Givet begränsade resurser, hur ska vi *prioritera* mellan olika önskemål om och behov av vård?

Vad gäller 1) argumenterar Daniels för att hälsa är speciellt, eftersom alla behöver hälsan för att kunna förverkliga sina livsprojekt, medan alla exempelvis inte behöver vara rika. För vissa individers livsmål krävs rikedom, men långt ifrån allas. Därmed är jämlikhet med avseende på hälsa viktigare än exempelvis jämlikhet med avseende på förmögenheter. Framför allt gäller det att upprätthålla lika möjligheter att uppnå gynnade positioner genom att i möjligaste mån åtminstone bevara en normal funktionsnivå för så många som möjligt, där normal funktionsnivå definieras som frånvaro av biomedicinsk dysfunktion (se *sjukdomsbegrepp*). Därmed besvarar Daniels fråga 2) inom ramen för en socialliberal tradition (se *politiska ideologier*) då han menar att en samhälleligt finansierad vård i möjligaste mån bör garantera att så många som möjligt uppnår en grundhälsa, så att inte hälsan blir en avgörande faktor vad gäller möjligheter att förverkliga sina livsplåner. Någon skyldighet att därutöver jämna ut människors hälsoliv har vården inte. Att därutöver prioritera (jämför fråga 3) handlar om att låta beslutskapabla människor som berörs av beslutet komma överens om detta i en fair

procedur (se *fairness*). Vissa kommer i en sådan procedur att betona de sämst ställdas särskilda anspråk, som Rawls, och andra den sammanlagda nettovinsten, som *utilitarister* (se *rättvisprinciper*). Var som helst på skalan mellan dessa ytterligheter är utfallet rättvist, givet att det är ett resultat av en fair procedur, enligt Daniels, eftersom vi än så länge inte kan hoppas på någon konsensus om vad som verkligen är rättvist på skalan. Se också *Rawls* och *rättvisa*.

LITTERATUR: Daniels 2008, Rawls 1972.

Daoism eller taoism är en gren av kinesisk filosofi som utvecklades cirka 300 år före vår tideräkning och dominerade i nästan 600 år. Den uppstod delvis som en reaktion på de rådande sociala förhållandena och delvis som en reaktion på utvecklingen (dogmatiseringen) av konfucianismen. Daoisterna hade sett hur ondskan, trots den konfucianistiska läran och dess ideal och ritualer, ibland hade fått härska utan att några högre makter hade gripit in (vilket de borde ha gjort enligt konfucianismens föreställningar om harmonin i samhället). Daoisterna började då att ifrågasätta religionen (buddismen som uppstod ungefär samtidigt som konfucianismen) och dogmatiken (de konfucianistiska ceremonierna), vilka de önskade att ersätta med kritiskt tänkande. Man tog avstånd till mänskligt dårskap och utvecklade en filosofi där man i högre grad betonade individens utveckling till människa. Den mest extrema formen av daoism kom till uttryck i filosofen Yang Zhu, som uttalade de berömda orden att även om han skulle kunna rädda hela världen genom att dra ett hårstrå från sitt huvud så skulle han inte göra det. Det fanns enbart en sak som var viktig och det var att ta vara på och värdesätta sig själv och sitt eget liv. Om man sålunda ville undvika att bli

skadad själsligt eller kroppsligt så var den enda lösningen att dra sig tillbaka från det samhällsbaserade livet och leva som eremit.

Det som konfucianismen och daoismen har gemensamt är deras betoning av vägen till lycka i detta jordelivet – det var inte frågan om belöning eller straff i någon hinsides sfär (paradis eller helvete). Det som skiljer är daoismens introverta och individualistiska riktning. Vägen dit går över dao som är både mål och väg. Tanken är att människan enbart blir lycklig om hon återvänder till barnets naturliga tillstånd av okunskap, oskyldighet och omedelbarhet, refererat till som Ziran, som är ett uttryck för det naturliga och omedelbara. För att uppnå detta tillstånd krävs att man när man lärt sig någonting glömmer bort sig själv och hur man utför färdigheten. Lär man sig att skjuta med pil måste man göra det utan att var medveten om handlingen (jämför *kunnande*). Ett annat begrepp som är centralt är Wuwei som betyder att göra ingenting och ska förstås på så sätt att man undviker att göra onödiga saker eller rörelser. Rörelser måste automatiseras och göras omedelbara.

En mer anarkistisk variant av daoismen säger att det ligger utanför människans räckvidd att avgöra vad som är sant och falskt och vad som är rätt och fel. Eftersom människan inte kan detta bör alla lagar avskaffas. Den danska filosofen Favrholdt sammanfattar daoismen som en irrationell motsvarighet till Konfucius och Mencius förnuftspräglade samhällsfilosofi. Daoismen hånar dem som tror att förnuftet och den mänskliga intelligensen kan rädda världen. Det irrationella ligger i att det egentligen inte går att med ord beskriva det som dao står för eller är.

Daoismen utvecklade sig i flera riktningar; Ziran togs till exempel till intäkt för att en spontan krigsaktivitet kunde vara klanderfri och daoismen utvecklades också i denna riktning i Kina. Men den egentliga daoistiska idén eller känslan går liksom *stoicism* och *cynism* ut på resignation inför livet. Det var dock inte en vanmäktighetens resignation, utan en resignation inför tingens och fåfångans värld och ut-

tryck för inre styrka och visdom som i sin tur ledde till lycka (i denna värld). Vägen dit gick genom meditation och det är lite av detta som också gjort att daoismen passade väl ihop med *buddismen*.

LITTERATUR: Favrholdt 1997.

Deduktion är namnet på logiskt giltiga slutledningar, vilka karaktäriseras av att slutsatsen följer av premisserna: om premisserna i en deduktion är sanna, så måste också slutsatsen vara det. Det som gör deduktiva slutsatser giltiga är slutledningens struktur snarare än dess innehåll. Den formella strukturen kan exempelvis se ut på följande sätt:

Premiss 1: Om P så Q

Premiss 2: P

Slutsats: Q

Exempel:

1) Om patienter med sjukdomen S får behandlingen B så tillfrisknar patienterna.

2) Patienten P har sjukdomen S och får behandlingen B.

Slutsats: P tillfrisknar.

Om premisserna är sanna så är slutsatsen med nödvändighet sann; slutsatsen **kan inte** vara falsk om premisserna är sanna. Huruvida premisserna verkligen är sanna kan förstås vara svårt att avgöra, men det är en empirisk fråga – inte en logisk. Eftersom det är strukturen som avgör giltigheten kan de enskilda påståendena i exemplet bytas ut mot vilka som helst. Exempelvis 1) det gäller alltid att patienter som passerar akutintaget på Karolinska sjukhuset blir botade från alla sina sjukdomar, 2) Lars Person som drabbats av en omfattande stroke passerade akutintaget på Karolinska sjukhuset; slutsats: Lars Person botades. De deduktiva resonemangen är speciellt tillämpbara inom exakta vetenskapsgrenar som matematik och teoretisk fysik. Men det uppstår en rad tillämpningspro-

blem inom empiriska vetenskaper som exempelvis biologi och medicin. Det är mycket sällan vi kan uttala oss definitivt om generaliseringar av typen ”om patienter med sjukdomen S får behandlingen B så tillfrisknar de”. Det finns en biologisk variation som vi måste ta hänsyn till och kanske tillfrisknar enbart 60 % av de patienter med sjukdomen S som får behandlingen B. De övriga kanske inte blir bättre och några kanske till och med blir sämre. Inom exakta vetenskaper som exempelvis fysiken, som baseras på naturlagar, kan man dock också ibland få problem. Om vi exempelvis säger att:

- 1) Om metaller upphettas så utvidgas de.
- 2) Den aktuella metallbiten upphettas.

Slutsats: Den aktuella metallbiten utvidgar sig.

Detta brukar stämma, men under speciella betingelser kan även denna lagmässighet påverkas. Om jag exempelvis sätter fast den aktuella metallbiten i ett skruvstäd så att den inte kan utvidga sig om den samtidigt upphettas. Vi måste sålunda ta till hjälp en rad s.k. hjälphypoteser eller villkorsbeskrivningar, som exempelvis under förutsättning av att man inte skruvat fast metallbiten i ett skruvstäd eller att patienten P med sjukdomen S faktiskt har tagit sin medicin, att han inte är en s.k. snabb metaboliserare eller speciellt långsam eller kanske inte alls tar upp medicinen i tarmen, att han inte reagerar allergiskt mot komponenter i behandlingen B, att behandlingen B faktiskt innehåller det som angivits på förpackningen med avseende på innehåll, koncentration, dos och hållbarhet, etc. Ibland sammanfattar man sådana kvalifikationer i en *ceteris paribus*-klausul.

Deduktiv argumentation används också i etisk argumentation, som också har krav om konsistens och respekt för motsägelseprincipen. Vi kan exempelvis se på ett vanligt argument i eutanasidebatten:

1) Om man tillåter eutanasi så leder det till systematisk utrotning av människor (vars liv inte anses värda att leva).

2) I Holland tillåter man eutanasi.

Slutsats: I Holland utrotar man (eller kommer man att utrota) systematiskt människor (vars liv inte är värda att leva).

Premiss 1 har karaktären av en naturlag som är *induktivt* härledd från erfarenheterna från Hitlertyskland. Premiss 2 är korrekt och eftersom vi har empiriska indikationer på att man i Holland faktiskt inte utrotar människor vars liv man inte anser värda att leva så måste vi antingen förkasta premiss 1 eller justera den, exempelvis genom att lägga till en rad hjälphypoteser. Ett annat liknande exempel är följande:

1) Om man tillåter eutanasi så leder det till en nedmontering av den palliativa vården.

2) I Holland tillåter man eutanasi.

Slutsats: I Holland har man nedmonterat den palliativa vården.

Även här saknas indikationer på att man faktiskt har nedmonterat eller står i begrepp att nedmontera den palliativa vården – det är snarare tvärtom. Eftersom premiss 2 är korrekt måste det alltså vara premiss 1 som antingen behöver revideras, exempelvis genom stöd av en rad hjälphypoteser, eller måste förkastas. Jämför *reductio ad absurdum*-argumentation.

Det ovan anförda resonemanget benämns *modus ponens*. En annan typ av resonemang som också är deduktivt till sin karaktär, och där slutsatsen med nödvändighet är sann om premisserna är sanna benämns *modus tollens*; och det har följande struktur:

Premiss 1: Om P så Q

Premiss 2: Icke Q

Slutsats: Icke P

Exempel:

1) Om man är katolik så är man mot abort.

2) Persson är för abort.

Slutsats: Persson är inte katolik.

Även detta är en korrekt slutsats under förutsättning av att premisserna är sanna. Lägga märke till en dold premiss, nämligen att om man är mot något, så är man inte samtidigt för detta. Vi kan dock inte vara helt säkra på att premiss 1 är korrekt eftersom det nog beror på hur ortodox eller pragmatisk man är. Även en ortodox katolik som exempelvis påven skulle kunna tillämpa *doktrinen om dubbla effekter* och därmed skulle exempelvis vissa abortingrepp när mammans liv står på spel kunna vara acceptabla. Här tvingas vi alltså också att modifiera antingen slutsatsen eller premisserna.

Även om deduktiva slutledningar kan vara en hjälp i den etiska argumentationen får man vara uppmärksam på att det finns ett tillämpningsproblem när det gäller etiska, psykologiska, sociologiska och medicinska förhållanden. Se också *abduktion*, *induktion* och *reductio ad absurdum*-argumentation samt *hypotetisk-deduktiv metod*.

LITTERATUR: Föllesdal et al. 2001, Johansson et al. 2008.

Dekalogen är en beteckning för de tio buden som vi finner i den kristna Bibeln. I korthet går de ut på att man 1) inte får ha andra gudar, 2) inte får missbruka Guds namn, 3) måste komma ihåg/respektera helgdagen, 4) måste hedra sin far och mor, 5) inte får döda, 6) inte får begå äktenskapsbrott, 7) inte får stjäla, 8) inte får bära falsk vittnesbörd om sin nästa, 9) inte får ha begär till sin nästas hustru samt 10) inte får begära något som tillhör sin nästa. Som det framgår finns det två påbud (3–4) och

åtta förbud (1–2 och 5–10). Lägga också märke till att bud 1–8 rimligen ska tolkas som att det är vissa handlingar som ska utföras eller undvikas, men bud 9 och 10 ställer än högre krav. Vissa sätt att känna eller tänka är också uteslutna. Med andra ord verkar dekalogen ge uttryck för en kombination av *simmelagsetiska* och *pliktetiska* element.

Delaktighet i eller ömsesidiga beslut innebär att läkaren och patienten tillsammans kommer överens om vad som ska göras/inte göras. Oftast kan eller får inte patienten eller läkaren suveränt bestämma själv och för det mesta baseras beslut på att alla berörda aktörer är delaktiga i beslutsfattandet. På engelska talar man om ”shared decision-making”. Delaktigheten kan också beröra frågan om ansvar, och i den omfattning patienten är delaktig i besluten om sin behandling kan det vara rimligt att anse att han/hon också samtidigt får ett medansvar för sin hälsa och behandling. Se också *patientcentrering* och *autonomi* samt *konkordans*.

Delegering av beslut innebär exempelvis att en patient eller en försöksperson låter läkaren eller forskaren bestämma om han/hon ska ha eller avstå från en viss utredning eller behandling eller delta eller inte delta i en studie. Det har visat sig att speciellt inom cancerforskning, och då det rör sig om högspecialiserade behandlingar inom rutinsjukvården, tenderar patienter att överlåta till doktorn att fatta beslut. Indirekt kan en sådan patient också sägas delegera ansvaret för behandlingen till läkaren även om detta inte var det primära syftet med delegeringen av beslutsfattandet. Delegering av beslut kan bero på att patienten faktiskt inte önskar att få information om sin diagnos och prognos med och utan behandling. Patienten utgår från att doktorn gör det som är bäst för patienten. Delegering av beslut kan också bero på att patienten inte förstår vad det är för sjukdom eller vilken typ av behandling han/hon erbjuds och därför överlåter till doktorn att bestämma. Även i sådana fall får man utgå från att patienten har förtroende för att doktorn gör

det som är bäst för patienten. Även om man i vanliga fall kan utgå från att patienter och för-sökspersoner har förtroende för sjukvården och forskningen samt de enskilda läkarna, så kan en delegering av beslut också göras i situationer där patienten i syftet att inte äventyra en god relation till doktorn överlåter till denna att fatta beslut. Det är i sådana situationer speci-ellt viktigt att vara uppmärksam på patientens förväntningar, föreställningar och farhågor (se också *patientcentrerad* behandling). Man bör också poängtera att den allmänt omhuldade rät-ten till autonomi inte innebär en plikt att vara autonom eller välja autonomt (se *rättigheter*). Därmed brukar en sådan rättighet normalt an-ses vara förenlig med en rätt att delegera beslut och avsäga sig information som kan bedömas vara relevant för ett beslut. Se också *autonomi-enhancement* och *genetisk vägledning*.

LITTERATUR: Beauchamp et al. 2001.

Dementa patienter eller, mer korrekt, patien-ter som lider av demenssjukdom är patienter som ofta till följd av en degenerativ sjukdom i hjärnan har svårigheter att koncentrera sig och minnas. Även andra kognitiva funktioner är ofta nedsatta eller helt eller delvis satta ur spel. Detta innebär dock inte att dementa patienter aldrig ska informeras. De kan mycket väl under en viss tid under dagen förstå viss information och själva då indikera samförstånd eller mot-stånd. *Autonomi* är en gradfråga och ju mer patientens *beslutskapacitet* har bevarats, desto större medbestämmanderätt bör han ha i beslut som rör honom, givet att rätten till autonomi bör respekteras. Problemet är dock att vissa pa-tienter ibland inte sedan kommer ihåg att de in-formerats och därför bör även närstående eller ställföreträdare informeras och ge sitt samtycke i dessa fall. Se också *Alzheimer-patienter*.

Demokratisering av den kliniska be-slutsprocessen är ett uttryck som beskriver utvecklingen, under sista halvan av 1900-talet, från en auktoritär och sluten beslutsprocess till en öppen och resonerande beslutsprocess. Det är speciellt med den randomiserade kliniska

undersökningen (RCT) som denna demokra-tisering har skett. Dels har införandet av RCT inneburit en ökad villighet att tillåta alla meto-dologiskt och statistiskt intresserade att disku-tera kvaliteten i det empiriska underlaget, dels har man successivt övergivit den framstående auktoritetens suveräna beslutsfattande, som oftast baserades på dennes långvariga person-liga erfarenhet som var i stort sett omöjlig att ifrågasätta. Det finns dock fortfarande exem-pel på hur framstående forskare genom sin auktoritet kan försvåra en kritisk diskussion av vetenskapliga förhållanden. Se också *ad homi-nem-argumentation*, *narcissism* och *evidensbaserad medicin*.

Demokratisering av läkar-patientför-hållandet är något som bevitnats sedan 1960-talet och som innebär att läkare och pa-tient tillsammans fattar beslut och att det inte längre är läkaren som i kraft av att han/hon vet mest om medicin också kan anses veta vad som är bäst för patienten och ges auktoritet att fatta beslut åt henne. I stället har trenden varit att i ökad utsträckning fatta beslut i sam-råd med patienten och att patienten ges slutlig bestämmanderätt om vilka undersökningar och behandlingar hon ska genomgå. Populärt kan man säga att demokratiseringen av läkar-patientförhållandet har inneburit att man gått från *läkarpaternalism* till betoning av *patientau-tonomi*. Detta har bidragit till att bland annat termer som *compliance* numera anses vara lite gammaldags och har förlorat sin betydelse. Man talar i stället om konkordans och ”shared decision-making”. Se också *patient-läkarförhål-landet* och *patientcentrering*.

Deontologisk etik eller pliktetik utgörs av en grupp av normativa etiska teorier som menar att vissa handlingstyper är påbjudna, tillåtna eller förbjudna oavsett vilka konsekvenser de har. Ofta lägger pliktetiska teorier vikt vid vissa typer av moraliska förbud. Vanliga exempel är lögn, löftesbrott, stöld och avsiktligt dödande. Vissa versioner av pliktetik hävdar att vissa ty-per av handlingar är absolut förbjudna, dvs. att

de inte får utföras oavsett hur problematiska eller rent av katastrofala konsekvenserna blir. Denna typ av moralteori får problem med plikt-kollisioner och ibland rigorös regelstyrkan. Andra varian-ter av deontologiska teorier hävdar att plikterna endast ska uppfattas som en sorts ”förstahands-plikter”, s.k. prima facie-plikter, vilket innebär att det kan vara tillåtet att bryta mot plikten om det finns tillräckligt vägande skäl för att göra så i form av allvarliga konsekvenser eller konkur-rerande plikter. Denna typ av teori får i stället problem med att ange just när vilka plikter ska väga tyngst och varför. Det finns olika pliktetiska teorier också i relation till deras utvecklingsgrad. De enklaste typerna anger en lista på förbud och påbud (se *dekalogen* och *läkarreglerna*), medan de mer sofistikerade förklarar varför vissa typer av handlingar är förbjudna eller påbjudna, och etik handlar ju om att ge skäl för varför det är fel eller rätt att handla på ett visst sätt. Ett skolexempel på den sistnämnda typen av pliktetiska teorier utformades av *Kant*.

LITTERATUR: Kamm 2007, Kagan 1998, Ters-man 2004, Tännsjö 2000.

Descartes, René (1596–1650) var en fransk fi-losof som bland annat är känd för sin uppdel-ning av människans natur i två grundläggande substanser: en materiell kroppssubstans och en själssubstans. Kroppssubstanser har utsträckning i rummet i motsättning till själssubstansen, som antas vara immateriell. Själen, menade Descar-tes, innefattar vårt mentala liv, inklusive våra upplevelser. Eftersom djur inte antogs att ha någon själ så bestod de enligt Descartes enbart av materia och antogs därför inte kunna känna smärta eller lida. Detta har haft betydelse för syn-en på djur och deras användning i medicinska experiment. Descartes uppdelning i två väsens-skilda substanser har, även om den av moderna psykologer och hjärnforskare anses förlegad, också haft betydelse för vår syn på sambandet mellan kropp och själ inom medicinen. Enligt Descartes finns det en koppling mellan kropp och själ i hjärnans tallocottkörtel. Uppdelningen har haft en speciell betydelse för utvecklingen av somatisk vård och behandling. Flera efterträdare

till Descartes (exempelvis LaMettrie) renodlade Descartes idéer och reducerade människan till något man kunde uppfatta i analogi med en maskin, och tillämpade de av Descartes lanse-rade mekanistiska förklaringarna (som ersatte de aristoteliska ändamålsförklaringarna). Se också *dualistisk människosyn*.

Designer babies och HLA-PGD, se *assiste-rad befruktning*.

Deskriptiv etik kallas också ibland empirisk etik och undersöker människors faktiska nor-mer och värderingar som de kommer till uttryck i handling och tal. Detta studeras empiriskt, ge-nom direkt observation, experiment, historiska studier etc. Deskriptiv etik kan också omfatta studier om de psykologiska, sociologiska och biologiska förutsättningarna för varför vi hand-lar och resonerar som vi gör. Den undersöker exempelvis om altruism är genetiskt bestämd, ett inlärt beteende eller baseras på en normativ etisk reflexion om hur jag bör handla (eller om en kombination av dessa förklaringar kan vara giltig). Deskriptiv etik ska ses i kontrast till *me-taetik* och *normativ etik*, även om den deskriptiva etiken av vissa anses tillhöra metaetiken.

Determinism innebär att allt som händer har en *orsak* som gör att det som faktiskt händer, och inget annat, händer. Determinismen bru-kar preciseras så att det tillstånd som världen befinner sig innan en händelse H tillsammans med naturlagarna är tillräckliga för att H och inget annat än H ska inträffa. Med andra ord innebär determinismen att allt som händer är bestämt av sina föregående orsaker, och där-med kan inget annat hända än det som faktiskt händer. Huruvida determinismen är en korrekt uppfattning om oss och vårt universum är inget som vetenskapen i dag kan avgöra, då inte allt som sker är föremål för vetenskapligt etable-rade *orsaksförklaringar*. Däremot är det rimligt att betrakta determinismen som ett slags (ofta outtalat) metodologiskt postulat i modern vetenskap. En drivkraft i mycket modern ve-tenskap är att hitta den bakomliggande orsaks-



förklaringen till varför saker och ting sker. Hypoteser och teorier om orsaker till sjukdomar benämns inom medicinen som *etiologi*. Denna drivkraft är begriplig, eftersom framgångsrika orsaksförklaringar tycks göra ytterligare frågor överflödiga. De förklarar inte bara varför något sker, utan varför inget annat kunde ha skett, givet föregående omständigheter och de lagar som styr världen. Ett undantag är kvantmekaniken, där frånvaro av orsaksförklaring inte enbart tolkas som tillfällig okunskap, utan som att de minsta elementarpartiklarna har en brist på förutsägbarhet inbyggd i sig. Detta innebär inte att det som sker på denna mikronivå är obestämt, eftersom bestämda sannolikheter kan anges. Hur som helst blir denna osäkerhet irrelevant på makronivå (åtminstone för atomer och uppåt), där determinismen fortfarande utgör ett grundantagande, inom exempelvis den newtonska mekaniken.

Determinismen har också en stark ställning i vårt vardagliga tänkande. Vi förutsätter exempelvis att en bilkollision är ett resultat av händelser som föregick den. Om någon skulle hävda att bilkollisionen bara materialiserades ur ingenting skulle han förmodligen inte bli tagen på allvar. Han skulle snarare bli föremål för psykiatris än fysikens nyfikenhet. Givetvis kan vi förbli okunniga om vilka händelser

som faktiskt orsakade kollisionen, men vi drar därmed inte slutsatsen att kollisionen inte hade någon orsak.

Determinismen har också betydelse för etiken, då många tänker sig att den är oförenlig med en *fri vilja*. För att människan ska kunna vara fri krävs det att hon ska kunna handla annorlunda än hon faktiskt gör, vilket utesluts av determinismen (som ju säger att allt som sker, inklusive det vi gör, är bestämt av sina föregående orsaker). Eftersom en fri vilja är en förutsättning för moraliskt ansvar utesluter determinismen alltså moraliskt ansvar. Detta resonemang är alltmer ifrågasatt och många hävdar sedan *Hume* att determinism visst är förenlig med en fri vilja (se *fri vilja*). Idén om att en fri vilja och determinism är oförenliga har dock en så stark ställning att determinism ibland förknippas med en *människosyn* som innebär att människans öde är förutbestämt och att man inte själv har möjlighet att påverka sitt livsprojekt. Livets utformning kan vara förutbestämt av både en högre makt, dvs. ditt öde ligger i Guds händer, eller genetiska förutsättningar, eller sociala strukturer. Man talar också om psykisk determinism i samband med exempelvis *Freuds* psykoanalys. Det bör dock poängteras att ingen determinist har hävdad att vad vi eller någon annan gör inte har någon betydelse för vad som

sker. Givetvis har det betydelse, eftersom våra handlingar orsakar händelser som inte skulle ha inträffat om vi inte gjort det vi gjorde. Frågan är om våra handlingar och beslut uttömmande kan förklaras med hänvisning till föregående tillstånd eller inte. Determinismen hävdar alltså att så är fallet.

LITTERATUR: Kane 2002, Lorentzon 2003, Van Inwagen 1983.

Diagnos är en beteckning på en sjukdom eller ett tillstånd som kan leda till behandling eller andra åtgärder som exempelvis sjukskrivning. I vårt västerländska samhälle är det läkare som har fått förtroendet att ställa medicinska diagnoser och på så sätt avgöra vem som klassas som sjuk och frisk. Betydelsen av en diagnos blir speciellt tydlig då man beaktar de samhällseliga konsekvenserna av att sjukförklara (ställa en diagnos) eller friskförklara en person. Det har betydelse i samband med om man ska få del av en viss behandling eller hjälp och stöd. Det har betydelse för om jag blir inkallad som soldat eller inte, och det har betydelse för om jag kan få anställning på vissa företag, om jag kan få skadestånd från ett försäkringsbolag eller sjukersättning från Försäkringskassan. Psykiatriska diagnoser har även betydelse för om en person anses ha varit sinnesjuk i det ögonblick han/hon begick ett brott. En psykiatrisk diagnos kan sålunda omvandla ett långt straff till rättspsykiatrisk vård eller frikännande. Diagnoser, speciellt de psykiatriska, har också betydelse för bedömningen av asylärenden. Missbruk av diagnoser, speciellt inom psykiatrin, har också förekommit, både i syfte att hjälpa patienter men även i syfte att omyndigförklara politiska motståndare. Har någon fått en psykiatrisk diagnos som indikerar att man inte kan lita på personens omdöme behöver exempelvis makthavare inte längre bry sig om vad sådana personer säger. Se även *medikalisera, patologisera* och *parasitera*.

Diagnosers prestige refererar till våra föreställningar och eventuella fördomar om olika sjukdomar. I en norsk undersökning från 1991 (Albom) bad man läkare och läkarstudenter på sin sista termin bedöma diagnosers och medicinska specialiteters prestige på en skala från 1–9, där 1 var låg prestige och 9 hög prestige. Högst prestige hade diagnoserna hjärtinfarkt och hjärntumör och lägst prestige hade lever-skruvning (alkoholrelaterat), schizofreni och fibromyalgi. Man kan diskutera orsakerna till dessa olika graderingar av en sjukdoms prestige. Handlar det om orsakerna till sjukdomarna? Hjärntumörer drabbar oftast människor utan att man vet orsaken, men det är tveksamt om det är en självförvårdad sjukdom, i motsats till hur patienten med den alkoholrelaterade skrumplevern kan bedömas. Handlar det om behandlingsmöjligheterna? Kan patienten behandlas eller känner läkarna sig vanmäktiga? Är det högteknologisk eller lågteknologisk behandling som är aktuell? Vilka är patienterna som har de olika sjukdomarna? Har de hög eller låg samhällsstatus? Drabbas företrädesvis kvinnor eller män? Se även *specialiteters prestige*.

LITTERATUR: Albom 1991.



Dialyspatienter är patienter som på grund av njursvikt behöver hjälp med att utföra njurarnas funktion. Detta görs genom s.k. dialysapparater men kan också genomföras på andra sätt (exempelvis peritonealdialys). Eftersom man ger dialysbehandling till allt äldre personer har gruppen som får dialys blivit mer och mer skröplig, och dödligheten är relativt hög i denna grupp. Dialys ges oftast tre gånger per vecka på en speciell dialysavdelning och tar ett par timmar. Behandlingen avslutas ofta genom att det är patienterna själva som väljer att avbryta den därför att de inte orkar längre. Se *avbryta behandling*.

Dilemman, se *etiska dilemman*.

Disinterestedness innebär att forskarens yttersta intresse är att vara sanningssökande och inte låta ideologi, religion eller politik styra forskningsintresset. Ambitionen är att undersöka om man *har* rätt i ett antagande, inte att *få* rätt. Se *CUDOS-normer*. Detta bör också vara målsättningen i intellektuellt hederliga diskussioner i såväl vetenskap som etik: att komma fram till en välgrundad ståndpunkt snarare än att "vinna" en dispyt.

Distributiv rättvisa refererar inom sjukvården till en rättvis fördelning eller allokering av resurser till olika områden, exempelvis öppenvård och slutenvård och mellan olika patientgrupper och specialiteter. En vanlig beteckning på frågor om distributiv rättvisa i svenska sjukvårdssammanhang är *prioriteringsfrågor*. Man brukar då skilja på frågan om fördelningen av resurser *mellan* olika medicinska verksamheter, s.k. *horisontell prioritering*, och frågan om fördelningen av resurser *inom* en viss sjukvårdsverksamhet eller specialitet (exempelvis prioritering i organköer vid organ donation), s.k. *vertikal prioritering*. Det medicinska *behovet* är vanligen det som man vill ska styra en rationell och rättvis fördelning, men det kan inte uteslutas att även mindre rationella faktorer kan spela en roll vid resursfördelning. Starka grupper som kan göra sig hörda kan uppnå speciella fördelar, liksom

prestigefyllda nya områden kan tilldelas resurser på andra specialitetens och patientgrupper bekostnad. Se också *specialitetens prestige*.

LITTERATUR: Arthur et al, 1991.

Djuretik refererar vanligen till hur man behandlar djur i samband med djurhållning, uppfödning, slakt, jakt och fiske samt vid medicinska försök. En förutsättning för försök med människor, enligt bland annat *Helsingforsdeklarationen*, är att man har genomfört adekvata försök med djur, framför allt vid bedömningen av toxiciteten och doseringen av exempelvis ett nytt läkemedel. Detta innebär dock inte att man får använda och behandla djur hur som helst. Operationer och dissektioner av levande däggdjur utan smärtlindring, s.k. vivisektioner, som tidigare varit vanliga, är inte längre tillåtna. Både William *Harvey*, Claude *Bernard* och *Banting och Best* använde många djur i sina försök. Även djur kan känna smärta, något som redan Jeremy Bentham konstaterade och använde som argument för att även djur hade moralisk status. Enligt Bentham är det inte förmågan att kommunicera som ger levande varelser deras moraliska status, utan det är enbart deras förmåga att känna välbefinnande eller smärta. Speciellt högtstående däggdjur kan alltså anses ha ett skyddsvärde, och man kan fråga sig vilken rätt vi människor har att exploatera en annan art för att få fram kunskap som framför allt gagnar den egna arten dvs. människor, men också i många fall veterinärmedicinen och därmed även djuren.

Även Kant kommenterade hur människan bör förhålla sig till djur och djurplågeri. Motivet var dock inte att han ansåg att djuren hade moralisk status. Om han exempelvis på sin söndagspromenad såg en man slå sin häst så frågade han retoriskt om han borde gripa in och stoppa mannen. Svaret var ja, men motivet var inte av hänsyn till djuret, utan anledningen var att om han inte skulle ha stoppat mannen så skulle det kunna finnas en risk att mannen nästa söndag hade gett sig på sin hustru och sina barn. Motivet för Kant var alltså att undvika en allmän förräelse av människan som djurplågeri

skulle kunna vara ett första tecken på. Vi ser här att Kant använder sig av en sluttande planargumentation som i sin tur baseras på förutsedda faktiska konsekvenser. Denna är inte helt förenlig med hans egen pliktetik, men kanske inte oförenlig med ett *dygdetiskt* synsätt.

I syfte att minska lidandet och uppoffrandet av djur i forskningen strävar forskaren efter att 1) reducera antalet djur som ska användas vid försök (reduction), 2) att använda metoder som i så hög grad som möjligt minskar lidandet, exempelvis genom att använda smärtstillande (refinement), och 3) hitta alternativa sätt att genomföra sina försök, exempelvis cellodlingar eller datorsimuleringar (replacement). Detta ofta refererat till som de tre R:en. Djuretiker har i samband med diskussionen om djurens ställning i relation till människan, ifrågasatt människans särställning. Enligt en traditionell kristen uppfattning finns det en hierarki mellan Gud, änglar, människor, djur och naturen generellt, där människan alltså står över djuren och man lyfter fram det speciella i människovärdet. Det är denna särställning som vissa djuretiker ifrågasätter. Man anför att exempelvis schimpanser är moraliska agenter som både förstår och handlar moraliskt samt kan kommunicera och att en sådan schimpans borde ha högre moralisk status än exempelvis en gravt förståndshandikappad människa (se Peter *Singer*). I stället för att tala om människovärde kan man prata om individens skyddsvärde och om skillnaden mellan människor och djur minskas behöver detta inte innebära att även människor bör behandlas som djur. Det kan tvärtom komma att innebära att djuren kan komma att behandlas mer humant.

Det är självfallet inte enbart inom den medicinska forskningen som vi använder djur som medel för att förbättra människan välbefinnande. Vi använder också djur och deras skinn för att skapa kläder, vi äter deras kött, vi använder dem som arbetskraft (dragdjur och exempelvis spårhundar och förarhundar), och vi använder dem för underhållning (exempelvis cirkus och sällskapsdjur). Numera använder vi dem även i fångelser för att skapa lugn bland aggressiva

kriminellt belastade. De som äger djur har ett speciellt ansvar för dessa och kan vid vanvård enligt djurskyddsmyndighet bli fräntagna sina djur. Se också *chimär*.

LITTERATUR: Gålmark 1997, Regan 2001, Singer 1996.

Djurexperiment har använts i medicinsk forskning sedan antiken. Både *Galenos*, William *Harvey*, Claude *Bernard*, Louis *Pasteur*, Robert *Koch* och *Banting och Best* använde sig av djurexperiment då de genomförde sin banbrytande forskning. Det kan i detta sammanhang vara på sin plats att nämna att de hundar som Banting och Best använde i samband med upptäckten och utvecklingen av insulinet inte dött förgäves beträffande sin egen art. Vissa hundar som lider av diabetes och som tidigare avlivades behandlas i dag med insulin.

Enligt både Nürnbergkoden och Helsingforsdeklarationerna ska, när det är relevant som exempelvis vid läkemedelsprövningar, försök med människor alltid föregås av försök med djur. Se även *djuretik*.

Doktrinen om dubbla effekter säger att det alltid är otillåtet att utföra onda handlingar för att uppnå goda effekter. Doktrinen benämns ibland också "lagen om dubbla effekter" eller på engelska "the principle of double effect". Där emot är det tillåtet att utföra goda handlingar även om de skulle få dåliga konsekvenser. Det viktiga är att de dåliga konsekvenserna inte är avsedda även om de kan var förutsedda. Om en och samma handling får två konsekvenser – en god och en dålig (för den katolska kyrkan är ett klassiskt exempel abortingrepp vid extrauterin graviditet där moderns liv kan vara i fara om man inte gör abort) – så är handlingen (exempelvis ett abortingrepp) tillåten om den enda avsikten bakom ingreppet är att uppnå den goda effekten. Doktrinen om dubbla effekter baseras närmare bestämt på följande fem villkor: 1) Den avsedda handlingen måste vara god eller åtminstone etisk neutral. 2) Den förutsedda dåliga effekten av handlingen får inte vara avsedd eller önskad. 3) Den goda ef-

fekten måste uppkomma direkt som ett resultat av handlingen, inte som ett resultat av den dåliga effekten. 4) Det får inte heller finnas något annat sätt att åstadkomma den goda effekten utan att samtidigt åstadkomma den dåliga. 5) Den goda effekten måste uppväga den dåliga eller, sagt på ett annat sätt, den dåliga effekten får inte vara oproportionerlig i relation till den goda effekten. Med andra ord verkar doktrinen i grund och botten lägga vikt vid två saker, som är att det goda kommer först och avsikten hos den person som utför handlingen. Som också framgår är doktrinen en slags blandning av *sinnelagsetik* och *konsekvensetik*.

Doktrinen har stor klinisk relevans, och ligger också bakom rättfärdigandet av att använda morfin till en svårt sjuk och smärtpåverkad patient. Effekten kan både vara att smärtorna lindras och att patienten sedan avlider (om respirationscentret påverkas negativt). Enligt doktrinen om dubbla effekter är det alltså enbart avsikten att ge smärtlindring som kan motivera att man ger morfin. Detta i kombination med att relationen mellan att vara utan smärta kan anses stå i moralisk proportion till risken att påskynda dödsprocessen. Det här gäller förstås också under förutsättning av att ordination av morfin i syfte att påskynda dödsprocessen inte anses godtagbart. Frågan är då om det finns ett annat sätt att uppnå den smärtlindrande effekten, t.ex. genom palliativ sedering, men man vet emellertid inte om det skulle kunna genomföras enbart med sederande medel och helt utan smärtlindring.

Doktrinen om dubbel effekt har en rad problem. Ett problem är huruvida distinktionen mellan avsedda och förutsedda effekter går att klargöra. Vad gör en effekt enbart förutsedd och inte avsedd? Som antydde ovan brukar man säga att en effekt är förutsedd men inte avsedd om man är medveten om att den kommer att inträffa, men den inte är önskad utan bara tolererad. Då är det väl mycket sällan som onda effekter är avsedda, och kunde man stilla smärtan utan att påskynda döendet i exemplet ovan skulle man väl göra det. Då blir det svårt för doktrinen att förbjuda några handlingar så

länge de onda effekterna är oönskade, dvs. så länge avsikten är god. Ett ytterligare relaterat problem är att doktrinen verkar lägga vikt vid fel saker, t.ex. om någon läkare lyckas göra distinktionen klar och avser smärtlindringen men inte döendet, så blir handlingen moraliskt tillåten. Om en annan läkare inte lyckas göra distinktionen klar och råkar avse också döden så blir handlingen felaktig. För det första innebär detta att en och samma handling med identiska effekter kan vara tillåten ibland och felaktig ibland, och för det andra innebär det att handlingens moraliska status beror på vad som händer i läkarens huvud och inte vad som händer patienten. Utöver att detta verkar moraliskt tvivelaktigt blir det svårt att avgöra vilka handlingar som är riktiga respektive felaktiga, eftersom vi måste "gå in i huvudet" på den som utför handlingen för att avgöra detta. Ett annat problem är att doktrinen lägger vikt vid ordningen i vilken saker och ting sker, och det dåliga måste komma efter det goda. Man kan undra varför den tidliga ordningen i vilka effekterna sker spelar roll och inte bara effekterna.

LITTERATUR: Beauchamp et al. 2001, Foot 1978, Tännsjö 1998(1).

Donation är ett uttryck som används inom sjukvården i samband med att levande personer eller avlidna (s.k. donatorer) ger exempelvis organ eller vävnad till sjukvården eller en nära släkting. Se *organdonation*.

Dopning är en otillåten form av prestationshöjning i samband med sportutövning där man genom att inta ett läkemedel kan förstärka speciellt den fysiska prestationsförmågan. Anabola steroider är exempel på ett sådant medel som i medicinska sammanhang bara ges till patienter som fått en försvagad muskulatur till följd av olika sjukdomar. Blodkroppsbildande medel som exempelvis erythropoietin är ett annat exempel på ett läkemedel som används i medicinska sammanhang (om benmärgen behöver stimuleras på grund av exempelvis blödningar) men alltså också i sportsammanhang och då

klassificeras detta som diskvalificerande dopning om blodvärdet (Hb) är för högt. Dessvärre kan man få abnormalt förhöjda blodvärden också av andra orsaker än dopning (t.ex. medfödda faktorer), vilket gör att testerna inte är helt tillförlitliga. Numera diskuteras i allt större utsträckning dopning med hjälp av genetiska medel. Se vidare *enhancement*.

Downs syndrom är ett tillstånd som karakteriseras av framför allt en viss mental retardering. Syndromet är orsakat av en kromosomrubbing där det finns tre uppsättningar av kromosom nummer 21 (trisomi-21). Individer med Downs syndrom kan leva ett lyckligt och gott liv, men det finns vissa somatiska sjukdomar knutna till tillståndet som kan förkorta livet. Det finns också en gen som är knuten till trisomi-21-kromosomen som man vet styr produktionen av amyloid i hjärnan och därmed ökar risken för Alzheimers sjukdom. Kvinnor äldre än 35 år har ökad risk/chans att få barn med Downs syndrom, och i vissa områden av Stockholm är genomsnittsåldern för förstföderskor mer än 35 år. Det finns i dag metoder för att tidigt upptäcka om ett foster har syndromet, exempelvis i vecka 12–13 med hjälp av ultraljudsundersökning (där man ser en s.k. nackuppkläring), och man kan också med hjälp av mer eller mindre träffsäkra metoder få en uppskattning av sannolikheten för att få ett barn med Downs syndrom. På senare år har de icke-invasiva metoderna för att fastställa risken förfinats. Ett så kallat KUB-test, som är en kombination av nackuppkläring och tester på förekomsten av vissa ämnen i moderns blod och åldersindikation, är 90% valida (undviker falska positiva och falska negativa i 90% av fallen). Det är än så länge enbart med hjälp av fostervattensprov som man med säkerhet kan fastställa om fostret har trisomi-21. Efter ett fostervattensprov kan man antingen göra en traditionell kromosomanalys, som detekterar alla kända kromosomavvikelser, eller en s.k. *QF-PCR*, som detekterar ett mindre antal på förhand fastställda kromosomavvikelser, men som ger snabbare analysresultat. Om ett sådant

test är positivt finns det möjlighet att genomföra en abort, vilket en del kvinnor/föräldrar väljer att göra. Eftersom det är förknippat med en ökad belastning för föräldrarna att ha ett barn med Downs syndrom är det föräldrarna som får bestämma om de eller familjen klarar av att ta hand om barnet och ge det goda chanser till att kunna bli lyckligt och få ett gott liv.

LITTERATUR: Juth 2006.

Drapetomani var en psykiatrisk diagnos som användes i Sydstaterna (i USA) under slaveriet och var ett uttryck för en slavs benägenhet att fly sina herrar. Det var en läkare från Louisiana, Samuel Cartwright, som ansåg att han hade upptäckt detta tillstånd 1851. I dag skulle vi anse att det var en helt naturlig reaktion och klassa diagnosen som politiskt eller ideologiskt motiverad och därmed en social konstruktion. Det kan dock inte uteslutas att man genom att sjukförklara en flyende slav i vissa fall kunde hindra vederbörande från att bli avrättad, även om behandlingen av tillståndet inte var så medicinsk. Det ingår i föreställningen om psykisk sjukdom att man då inte kan förväntas vara helt ansvarig för sina handlingar, och därför måste man tillämpa behandling snarare än straff. *Medikaliseringen* och *patologiseringen* av sociala problem kan sålunda i vissa fall vara ett sätt att rädda liv. I dag refereras inte sällan till drapetomani och likartade diagnoser som dysaesthesia aethiopic (en slavs okänslighet inför sin herres egendom) som skolexempel på sociala konstruktioner. Man bör dock skilja på diagnostiska klassificeringar som socialt konstruerade och sjukdomstillstånd som socialt producerade. Se också *sjukdomsbegrepp* och *uppfinring*.

Dualistisk människosyn refererar till en uppfattning om människan som bestående av två avgränsbara substanser: en kroppslig/biologisk med utsträckning i rummet och en själslig eller mental utan utsträckning i rummet. Den dualistiska människosynen kan kontrasteras till en monistisk uppfattning som innebär att själ och kropp uppfattas som två sidor av samma sak, till exempel som hos Spinoza (1632–1677). Dualis-

men försvarades mest inflytelserikt av Descartes, även om en del av hans efterföljare gick längre än han själv. Dualismen finns dock också i en platonisk version som framför allt påverkade vissa kristna skolbildningar under 1100–1300-talet (se *sexualmoral*).

Med en strikt uppdelning mellan det fysiska och det psykiska som två separata substanser får vi också en uppdelning i fysisk och psykisk smärta. Detta synsätt har haft betydelse för synen på exempelvis barn och psykiskt funktionshindrades förmåga att känna smärta, liksom synen på djur och därmed hur (o)kontroversiellt det uppfattades att inkludera dessa i medicinska försök. Det finns i dag företrädare för uppfattningen att människan enbart ska förstås som en biologisk organism och de som uppfattar sjukdomar som enbart psykologiska eller sociologiska konstruktioner. Det finns också de som anser att psykologiska aspekter på människan är ofrånkomliga, men att de enbart är ”skuggfenomen” (epifenomen), dvs. den fysiska varelsen orsakar skuggan (de mentala upplevelserna), men skuggan kan inte påverka sin fysiska orsak. Tendensen att reducera människan till att enbart förstås i psykologiska eller biologiska termer kallas *reduktionism*: psykologism respektive biologism.

Ett tidigt exempel på en teori som försökte att ge en biologisk förklaring till emotioner och därmed ge en rent fysisk förklaring överlägsen Descartes, var den s.k. James Lange-teorin, som lanserades i slutet av 1800-talet. Teorin gick ut på att man genom den intellektuella aktiviteten att räkna till tio, kunde hindra emotionella reaktioner (upphetsning, vredesutbrott, rädsla) eller impulser när man blev förbannad. Att räkna till tio är en kognitiv handling som enligt William James och Carl Lange kunde avleda blodgenomströmningen i hjärnan från emotionella centra till kognitiva och på så sätt kontrollera emotionerna. Frågan som James Lange-teorin också försökte att vända upp och ner på, var våra invanda föreställningar om att vi börjar slåss (slå med armar och ben) för att vi blir förbannade (emotionellt), att vi skakar (fysisk reaktion) för att vi blir rädda (emotion) eller att vi gråter (fysiologisk process: det kommer tårar) för att vi är

sorgsna (emotioner). Snarare är det tvärtom, eller ännu hellre att yttre stimuli ger upphov till rädsla vars fysiska uttryck är att vi skakar. Upplevelsen att rädslan ger upphov till skakningarna är endast en upplevelse och inget orsakssamband, enligt teorin. Teorin säger också att emotionerna kan framkallas genom att man framtvingar de fysiska uttrycken. Exempelvis kan man bli glad av att stå och le framför spegeln. Teorin har visst empiriskt stöd. Enligt teorin kan alltså emotionerna reduceras till något som skulle kunna förklaras i fysiologiska termer. Se också *neuroetik*.

Ett område där det i dag pågår en vetenskaplig strid som berör frågan om dualistisk människosyn eller rättare där man tenderar att bedriva antingen biologism eller psykologism, är inom området ”attention deficit hyperactivity disorder” (ADHD). Är tillståndet ett rent biologiskt/genetiskt fenomen eller är det ett socialt konstruerat fenomen? *Epigenetiken* gör det möjligt att förstå hur sociala faktorer kan påverka vilka gener som kommer till uttryck och frågan om arv eller miljö behöver sålunda inte besvaras enbart med ett antingen eller. Ett annat medicinskt område där synsättet blir relevant är *placebo*. Se också *Wakefieldfallet, Descartes, drapetomani, själ och kropp-problemet och hermeneutik*.

LITTERATUR: Johansson et al. 2008.

Dubbla effekter, se *doktrinen om dubbla effekter*.

Dubbla lojaliteter, se *parasitering*.

Dubbelmoral är ett uttryck som används för att beskriva en situation där en och samma person använder två olika bedömningsgrunder för värderingen av likartade handlingar. Man skulle också kunna tala om dubbeletik, men oftast rör det sig om situationer där man bedömer sina egna eller närståendes handlingar på ett annat sätt än liknande handlingar genomförda av andra människor eller grupper av människor. Bedömningen är då ofta av en sådan karaktär att man bedömer andra lite strängare än sig

själv eller närstående. Man skulle också kunna säga att man inte lever upp till kravet om konsistens i sina moraliska omdömen eller rent av att man är orättvis. Om jag som läkare skulle anse att jag skulle gå före alla andra i kön till sjukvården, allt annat lika (*ceteris paribus*) med hänvisning till att för mig gäller speciella privata prioriteringsvillkor, då skulle jag kunna anklagas för dubbelmoral i fall jag samtidigt i princip accepterade den etiska plattformen för prioriteringar i Sverige.

Ibland används dubbelmoral för att tala om situationer där det finns en skillnad mellan en persons uttalade uppfattning i etiska frågor, dvs. i frågor om hur man bör handla, och hur personen faktiskt handlar. Man brukar säga åt barn att inte göra som man gör, utan som man säger, men barnen gör, ofta till föräldrarnas stora förtret, som föräldrarna faktiskt gör. När läkarstuderande ska lära sig den kliniska medicinens olika undersökningsmetoder, glömmer läraren ofta bort att han eller hon också undervisar i etik, och glömmer då, i sin iver att demonstrera olika undersöknings tekniker, att bemöta patienten på ett adekvat sätt. Lärare som är medvetna om detta brukar säga: ”Do as I say, not as I do!” Även ett sådant förhållningssätt innehåller dubbla standarder där läraren har gjort ett undantag för sig själv och understryker att undantaget inte gäller för andra, dvs. den studerande. I den omfattning förebilder har betydelse för utvecklingen av ett etiskt förhållningssätt, kan även denna form av dubbelmoral föras vidare från den ena generationen av läkare till nästa.

En viss form av dubbelmoral kan eventuellt vara moraliskt försvarlig, nämligen den som innebär att man gör avsteg från en regel som i allmänhet är välmotiverad, men som i ett enskilt fall kan få dåliga konsekvenser och man lyckas hålla detta hemligt. En läkare skulle generellt acceptera att följa regeln att man ska skriva korrekta intyg, men det kan finnas tillfälle där man som läkare genom att skriva ett falskt intyg kan rädda livet på en patient, exempelvis om det finns en hotbild mot en ung kvinna i vars familj där det förekommer hedersrela-

terat våld. En handlingsutilitarist skulle mena att detta är berättigat, medan en regelutilitarist eller pliktetiker förmodligen skulle anse att det är förkastligt. Se *konsekvensetik* och *deontologisk etik* samt *parasitering*.

Dygdetik ställer en annan fråga i centrum än *plikt-* och *konsekvensetiken*, som båda utgår från frågan om vad som gör riktiga handlingar riktiga. Dygdetikens grundläggande frågeställning är i stället: Vad är en god människa? Vad gör en människa god?

Dygdetik kan uppfattas på lite olika sätt, men inom medicinen är det framför allt referensen till Hippokrates och Aristoteles som är central. Det moraliskt avgörande för detta är den handlande personens karaktärssegenskaper såsom han/hon har utvecklat dem under livets gång, en sorts inarbetade goda vanor som det är bra för vilken person som helst att ha. Den personliga erfarenheten och utvecklingen av de personliga egenskaperna är det som kan förädla en persons dygder och därmed dennes handlingssätt. Aristoteles anger tre utvecklingssteg som indikerar graden av personlig utveckling, där det första steget är den unga människan och det tredje är den mogna människan: 1) en person handlar rätt därför att han eller hon straffas om han/hon handlar fel, 2) en person handlar rätt därför att han/hon vill visa respekt för lagen och 3) en person handlar rätt därför att han/hon har insikt i vad som är det rätta (se också *Kant*). I denna insikt i vad som är det rätta finns både vetande och kunnande med all den tysta kunskapen som lång erfarenhet medför. Se vidare *vetande* och *kunnande*.

Motsatsen till en dygd är en last eller ett lastfullt beteende. En dygdig person är alltså en person som lyckats hitta den gyllene medelvägen mellan två extremer. Ett klassiskt exempel är en soldats dygd. Soldaten ska vara modig, men får inte vara dumdristig eller övermodig, och han eller hon får inte heller vara feg. Mod representerar sålunda den gyllene medelvägen mellan att vara dumdristig och feg. Karakteristiskt för dygdetiken är att man inte skiljer mellan etik och etikett eftersom det uppfattas

vara två sidor av samma sak. En dygdig person betar sig i alla avseenden anpassat till situationen. En dygdig person klär sig exempelvis inte extremt, antingen i trasiga kläder eller i avancerade kläder. Måttfullhet är det som gäller. Likaså är det också med renlighet och personlig hygien. En doktor går inte till jobbet med smutsigt hår och smutsiga naglar och på annat sätt ohygienisk, likaväl som han/hon inte bär alltför mycket smink eller uppseendeväckande frisyren (den dygdetiska motiveringen för detta är dock inte att beteendet kan få dåliga konsekvenser, exempelvis genom att extrem klädsel eller kroppsutsmyckning kan avleda uppmärksamheten i konsultationen, utan att man genom överdriven slarvighet eller prållighet ger uttryck för en måttlös och omdömeslös karaktär). I Sverige finns två begrepp som är att betrakta som kanske speciella svenska dygder: att vara skötsam (ordet finns varken på danska eller engelska) och att något ska vara lagom, dvs. inte för mycket och inte för lite. Se också *gyllene medelvägen*.

Men kan man verkligen säga att det finns karaktärsegenskaper som vem som helst behöver för att kunna leva ett gott liv? Givetvis är vissa dygder knutna till vissa roller och olika karaktärsegenskaper är olika viktiga för läkare, skötare, lärare, affärsinnehavare och slaktare. Det finns troligen också skillnader mellan vad som är lämpligt i olika samhällen. Att kunna leva ett gott liv i Japan kanske skulle kräva andra dygder än det gör i Sverige. Men vissa dygder verkar behövas av alla i alla tider. För att över huvud taget kunna utvecklas trots att vi alla är sårbara och bräckliga varelser krävs mod att genomföra handlingar trots risker. Några kommer alltid att ha det sämre än andra. Under vissa perioder kan det vara vi själva. Därför behövs alltid generositet. Om ingen någonsin kunde lita på någon annan skulle samhället snart urarta i allas krig mot alla. I ett sådant samhälle kan inga blomstra. Därför behövs alltid (ett visst mått av?) ärlighet (se också *Kants* argumentation mot lögnen).

Dygdetiken är emellertid ofullständig om den inte kombineras med en teori som säger

något om vad som gör livet gott, dvs. en teori om *egenvärde*. Dygdetiken säger enbart hur man ska vara för att leva ett gott liv, inte vari ett sådant består. Dygdetiken måste förmodligen också kompletteras med en riktighetsteori om den ska undvika *cirkelresonemang* som illustreras i det följande: Vad gör en handling riktig? Det att den skulle utföras av en dygdig person. Vad skulle en dygdig person göra? Det som är riktigt etc. En typ av riktighetskriterium hänvisar till Aristoteles analogi med bågskyttens förmåga att träffa en måltavla, där skytten motsvarar den dygde och måltavlan riktighetskriteriet. Ju närmare centrum desto bättre eller riktigare blir handlingen, och bäst är förstås att träffa mitt i prick. Strävandet efter att utveckla sina talanger mot högre och högre grad av perfektionism oberoende av om man är bågskytt, kirurg, etiker eller allmänläkare kan också förstås som en del av dygdetiken. I de hippokratiska skrifterna finns en känd aforism som kan illustrera strävandet efter perfektionism: Livet är kort, konsten lång, tillfället flyktigt, erfarenheten bedräglig, omdömet svårt. Speciellt rörande frågorna om tillfällets flyktighet, erfarenhetens bedräglighet och omdömet svårighet finns en utvecklingspotential, och den erfarna läkaren som strävar efter perfektionism har utvecklat sin förmåga att gripa rätt tillfälle, dvs. att säga något, handla och fatta beslut. Läkaren ser också upp för erfarenhetens fallgropar, dvs. att han/hon har utvecklat sitt kritiska sinne och är medveten om hur ett vetenskapligt paradigm kan färga observationer, och han/hon är medveten om alla okända variabler som kan försvåra beslutsfattandet samt att även patientens värderingar bör vägas in.

LITTERATUR: Aristotle 1991, Beauchamp et al. 2001, Hursthouse 2001.

Dysfemismer är negativa eller förstärkande omskrivningar av känslomässigt svåra eller etiskt kontroversiella ord och benämningar. Dysfemismer används ofta i polemiskt syfte för att ge sina egna argument en extra känslomässig styrka. Ett tydligt exempel finner man vid diskussionen om dödshjälp där man

ibland kan se användandet av eufemismer och dysfemismer beroende på om man är anhängare eller motståndare. Motståndare av dödshjälp skulle exempelvis kunna säga att det är mord på patientens begäran även om det rör sig om en döende patient med ett outhärdligt lidande. Ett exempel på en dysfemism som har hängt med historiskt är ordet självmord. Det är ju i själva verket inte (längre) ett brott vilket ordet mord antyder, även om handlingen fortfarande är tabubelagd och förknippad med skam. Se *eufemismer, metaforer* samt *guilt by association*.

Dålig forskning är en beteckning som ibland används för att beskriva forskningsprojekt där man har använt en inadekvat design eller använt inadekvata metoder. Gränsen mellan dålig forskning och vad som klassificeras som fusk eller vetenskapligt bedrägeri kan ibland vara svår att dra. Om det är en oerfaren forskare som i brist på handledning använder en inadekvat design eller metod betecknas det vanligen som dålig forskning. Om det är en erfaren forskare som gör samma sak kan det ibland klassificeras som fusk, speciellt om det även finns misstanke om att en inadekvat metod har valts för att få resultatet att framstå i ett bättre ljus. Det finns även ett samband mellan statistiska och metodologiska frågor och forskningens kvalitet. Om man exempelvis inte har genomfört en s.k. powerberäkning, och det är för få försökspersoner med i en klinisk studie så kan studien bli inkonklusiv. Eftersom dålig forskning kan ta försökspersoners tid och andra resurser i anspråk, orsaka lidande och sedan inte leder någonstans eller i värsta fall vilseleder, kan man i konsekvensetisk anda säga att "dålig forskning är dålig etik", ett talesätt som växte fram efter *Nürnbergprocessen*. Man har dock senare ifrågasatt om den forskning och de experiment som genomfördes i de nazistiska koncentrationslägren var dålig forskning. Det var snarare användandet av människor som försökskaniner som gjorde forskningen oetisk. Se även *forskningsfusk* och *grå zoner*.

LITTERATUR: Lynöe 1999, Rossel 1970.

Döda budbäraren är en typ av problematik som typiskt uppstår i sammanhang då budbäraren kommer med sorglig eller obekvämlig information till en eventuell uppdragsgivare eller till personer som berörs av informationen. "Döda budbäraren"-problematik kan uppstå exempelvis i samband med *whistleblowers* som förmedlar information om oegentligheter. Ett känt exempel på en sådan problematik som samtidigt illustrerar *etisk kreativitet* är historien om en av de första kända danska kungarna, Gorm den Gamla och hans hustru Thyra Danebod. Till sammans hade de två barn, Knud och Harald. Gorm älskade sin äldste son Knud så högt att han hade meddelat att om det någon gång skulle hända Knud något eller att han dog så skulle Gorm döda budbäraren. Sedan gick det så att Knud faktiskt avled i strid. Budskapet nådde först Thyra, som tyckte att det var onödigt att budbäraren skulle sätta livet till. Hon målade därför festsalen i svart sorgprakt och bad kungen komma. När han såg salen förstod han strax och utbröt: "Knud är död!" Thyra svarade då: "Det var du själv som sa det." På det sättet räddade hon budbäraren. Se också *nöden är uppfinningens moder*.

Ibland kan även läkaren bli budbärare av besked eller information, om diagnoser eller dåliga prognoser, som kan väcka både krisreaktion och ibland direkt ilska mot läkaren/budbäraren. Läkaren vet ofta om detta och det kan finnas olika mer eller mindre kreativa och subtila strategier för att undvika för kraftiga reaktioner. Känner man till dessa kan man ofta hantera sådana situationer. Det kan också röra sig om att till närstående överbringa besked om att man inte lyckats rädda livet på en patient.

Dödshjälp, se *aktiv dödshjälp* eller *passiv dödshjälp*.

Dödsdefinitioner är försök att begreppsligt avgränsa döden från livet och därmed avgöra när döden inträder. Sådana definitioner har alltså stor betydelse för att avgöra vilket dödsriterium som är rimligt, dvs. vilka kännetecken som ska föreligga för att vi ska räkna någon som

död. Historiskt har inte frågan om en definition av döden ägnats så stort intresse, eftersom avslutandet av hjärnans och hjärtats funktion i stort sett alltid sammanfallit. Den situationen ändrades emellertid under efterkrigstiden, i och med den tekniska utveckling som innebär att personer kan hållas biologiskt levande under en allt längre tid även när hjärnans funktioner permanent upphört, exempelvis med hjälp av respirator. I stort sett har tre typer av definitioner av död föreslagits: 1) Död innebär permanent upphörande av hjärt- och lungfunktion. 2) Död innebär permanent upphörande av hela hjärnans funktion. 3) Död innebär den permanenta förlusten av förmåga att upprätthålla medvetande. Det sistnämnda kriteriet sammanfaller i praktiken med det permanenta upphörandet av hjärnbarkens funktion, vilket är förenligt med att hjärnan upprätthåller reflexer, metabolism och hjärt- och lungfunktion utan yttre hjälpmedel. I stort sett undantagslöst är det den andra definitionen som används som dödsriterium i den (post)industriella världen. Den första försvaras av dem som menar att liv är en biologisk fråga och död bör därmed definieras utifrån rent biologiska kriterier (t.ex. David DeGrazia). Den sistnämnda typen av kriterier försvaras ofta av dem som menar att det som spelar roll för oss är vår förmåga till medvetande och att ett permanent upphörande av denna förmåga innebär att livet är slut ur personens eget perspektiv (t.ex. Pontus Wikler). Följande exempel kan belysa denna idé. Anta att du ligger på dödsbädden, terminalt sjuk och får reda på att du kommer att avlida inom en månad. Du blir nedslagen av detta dystra besked, eftersom du lever ett liv du trivs med. Senare samma dag återvänder läkaren glädjestrålade: ”Vi hade fel! Du kommer inte alls dö om en månad. I stället kommer du inom en månad att hamna i ett permanent vegetativt tillstånd från vilket du aldrig kommer att vakna upp och där din hjärna kommer att vara så skadad att du omöjligt kommer att kunna uppleva något. I detta tillstånd kommer du att ligga i åtminstone två år och sedan kommer du att dö.” Du skulle förmodligen inte känna dig särskilt uppmuntrad av ett

sådant besked, vilket enligt dem som försvarar definition 3) visar att en människa i alla praktiska intressanta avseenden är död när förmågan till medvetande permanent gått förlorad. Mot detta kan försvarare av 1) och 2) hävda att det strider mot våra djupt liggande intuitioner att säga att någon som är i ett permanent vegetativt tillstånd är död. Hur blir det då med väldigt gravt senildementa? Diskussionen om vad döden innebär är långt från avslutad, som märks.

Definitionerna 1) och 2) sammanfaller med kriterierna hjärt- respektive hjärndöd. Man bör dock skilja på definitioner (som säger när något *är* dött) och kriterier (som utgör *kännetecken* på död). Exempelvis skilde den inflytelserika President's Commission i USA på kriterier för död (där de menade att både 1) och 2) utgjorde bra kännetecken på att döden inträtt) och vad död för alla biologiska varelser är, som de definierade som ”permanent förlust av hela organismens integrerade funktioner”. Eftersom både hjärt- och hjärndöd medför detta (om man inte tar till respirator eller dylikt) menade de att dessa kriterier kan fungera som kännetecken på när död infunnit sig, dvs. när definitionen är uppfylld. Frågan om dödsdefinitioner och kriterier har speciellt betydelse för frågan om *organdonation*. Se också *icke-terapeutisk intensivvård*.

LITTERATUR: DeGrazia 2005.

Döendeprocess är beskrivningen av ett tillstånd i livets slutskede då en patient trots alla insatser oåterkalleligen kommer att dö inom en kort tid. Tidsperspektivet är liksom då det gäller livets slutskede inte helt kristallklart och kan nog variera beroende på vem man frågar. Psykologiskt har man (Elisabeth Kübler-Ross) observerat att det finns fem stadier i döendet: 1) vrede, 2) förnekande, 3) förhandling, 4) depression och 5) acceptans.

Inom den palliativa medicinen talar man om två vägar döendeprocessen kan ta: 1) den vanliga och 2) den svåra. Den vanliga vägen är oftast odramatisk och går från ett stadium där patienten känner sig trött och sover mycket,

och blir mindre och mindre intresserad av omgivningen, men är helt väckbar till ett stadium där patienten beskrivs som mer uttalat trött och lite oklar (letargisk) men fortfarande väckbar. Detta tillstånd förvärras sedan ytterligare och patienten blir tilltagande icke-kontaktbar, för att sluta i ett halvkomatöst tillstånd där patienten nästan inte längre reagerar men ändå inte är helt komatös, ett tillstånd som är slutstadiet innan patienten avlider. Det komatösa tillståndet karakteriseras av att patienten nu inte längre är kontaktbar. Att denna dödsprocess kallas den vanliga vägen är uttryck för att de flesta människor går denna väg, exempelvis många äldre där ålderdom och multiorgansvikt dominerar.

Där den vanliga vägen har fem stadier har den svåra vägen tio stadier som är mer eller mindre dramatiska och plågsamma. Dessa tio stadier är: 1) oro och rastlöshet, 2) förvirring, 3) skakighet/darrighet, 4) hallucinationer, 5) delirium, 6) ryckningar/kramper, 7) epileptiska anfall, 8) halvkomatös, 9) komatös och 10) döden. Det som beskrivs är framför allt de somatiska symtomen, men bakom dessa kan det även finns uttalad ångest som orsak till några av de första stadierna. Förloppet kan förstås variera beroende på både den enskilda patienten och sjukdomens karaktär. Syftet med den palliativa medicinen är att få de olika symtomen under kontroll och går dessa inte att behandla med gängse läkemedel (man säger att symtomen är behandlingsrefraktära) kan man tillämpa *palliativ sedering*. I en sammanställning av 27 studier (en metaanalys) av totalt 771 patienter

under åren 1996–2004 där man tillämpat palliativ sedering hade följande symtom varit den dominerande indikationen:

57 %	Delirium/agitation/oro
23 %	Andningssvårigheter/dyspné
16 %	Smärtor
4 %	Illamående/kräkningar
< 1%	Andra tillstånd

Döendeprocessen har också beskrivits i termer av en rehabiliteringsfas, en preterminal fas, en terminal fas och sist en final fas. Rehabiliteringsfasen kan sägas vara den tid som är mer än tre månader före dödens inträde, och den preterminala den tid som kan pågå mellan 2–3 månader före döden. I denna fas blir patienten mer och mer trött, sover mera och blir tilltagande ointresserad av omgivningen. Den terminala fasen rör sig oftast om tiden 1–2 veckor före döden och den finala fasen är de sista dyggen eller timmarna för döden. Den terminala fasen karakteriseras av att metabolismen och de fysiologiska funktionerna successivt minskar och patienten tar till sig mindre föda och vätska. Det minskande behovet av vätska och näring den sista tiden är alltså ett resultat av de nedsatta fysiologiska funktionerna och att tillföra vätska eller näring i denna situation skulle kunna påskynda döendeprocessen. Det är bland annat därför man ofta sätter ut all vätska och näringstillförsel när man inleder *palliativ sedering*.

LITTERATUR: Ferris 2004, Kübler-Ross 2004, Sandman 2001.

E

ECT är förkortning för electro-curare-treatment, populärt kallat elchockbehandling, som i dag ges vid vissa depressiva tillstånd. Under behandlingen är patienten nedsövd, och man ger även muskelavslappande medel (curare) som gör att patienten inte utvecklar kramper. Ursprungligen var kramper det man ville åstadkomma. Man hade nämligen sett att patienter med epilepsi som även var deprimerade eller psykotiska blev betydligt förbättrade i psykiatriskt avseende efter krampanfall. Man försökte sedan att inducera krampanfall.

I samband med att man började använda elektriska stötar vid sövning och slaktning av djur, och där observerade att djuren sprätte till som vid ett epileptiskt anfall, försökte man i analogi med krampinduceringen bland djur uppnå samma effekt på människor med hjälp av elektriska impulser (se *analogiresonemang*). I dag vet man att det räcker med de elektriska impulserna och att krampanfallen (muskelsammandragningarna) inte är nödvändiga. Man har därför mildrat behandlingen genom att kombinera användningen av bedövningsmedel med det muskelavslappande medlet curare. Då slipper patienten ömhet i musklerna, undviker att bita sig i tungan och eventuella frakturer.

Trots att behandlingen har förfinats och ibland är direkt livräddande, exempelvis på vissa allvarligt psykiskt sjuka människor, är ECT kontroversiell. Främst beror det på biverkningar som exempelvis minneförlust och möjligen även på att behandlingen har tillämpats i situationer där indikation inte funnits eller där det skett en *indikationsglidning*. Även om minneförlusten (långtidsminnet) kan vara påtaglig är ingreppet inte lika irreversibelt som den påverkan man kan se vid *lobotomi*. Det är dock oklart i vilken mån ECT har missbrukats i

politiska syften eller i samband med tortyr eller kanske i vissa fall som straff till stökiga patienter. Det var ett av de budskapen som förmedlades av Milos Formans film *Gökboet*; en film som inte bara ifrågasatte ECT och lobotomi utan också den moderna psykiatrin som sådan. Se även *lobotomi*.

Egenvärde har något som är eftersträvansvärt för sin egen skull eller som är bra i sig. Egenvärden ska skiljas från sådant som är bra för att det slutligen leder till eller är ett medel eller instrument för sådant som har egenvärde, och man talar då om instrumentellt värde. För att något ska kunna ha instrumentellt värde måste det finnas något med egenvärde. Ett medel kan inte ha ett värde om det, som det är medel för, inte har ett värde i slutändan. En vanlig metod att undersöka vad som har egenvärde är att fråga vad det man värderar är bra för, tills man kommer till en punkt där ytterligare frågor förefaller meningslösa, eftersom svaret verkar uppenbart. Sådana frågor skulle exempelvis kunna vara: Varför ska jag bry mig om min hälsa (vårda mina tänder, mina fötter, min lever etc.)? För annars riskerar jag att bli sjuk. Vad spelar det för roll om jag blir sjuk? Om jag blir sjuk kommer jag må dåligt. Vad spelar det för roll om jag må dåligt? Ja, men det är väl självklart att det spelar roll för mig om jag må dåligt eller inte!

Historiskt sett finns det tre teorier om vad som har egenvärde för individer eller *personligt värde*, dvs. vad som gör den enskildas liv bättre eller sämre: *hedonism*, *preferentialism* och *perfektionism*. Enligt hedonismen är lycka eller välbefinnande bra i sig (= har egenvärde) och lidande är i sig dåligt (= har negativt egenvärde). Enligt hedonismen spelar inte patientens önskemål

någon roll i sig, även om dessa indirekt spelar stor roll, eftersom att inte få sina önskemål uppfyllda (frustrerade) normalt leder till att man mår sämre än om man hade fått som man velat. Enligt preferentialismen är det bra i sig att få som man vill, dvs. att få sina preferenser och önskningar tillfredsställda, och dåligt i sig att få sina preferenser frustrerade. Enligt perfektionismen är vissa saker bra för personer att uppnå oavsett vad de känner eller önskar. Exempel på detta är typiskt sådant som förverkligar ens inneboende anlag som människa, jämför *Aristoteles*. Typexempel på sådant är vänskap, kärlek, samt artistiska, intellektuella, kroppsliga eller andra mänskliga prestationer. Enligt perfektionismen är det viktigare att ge människor förutsättningar att klara sig på egen hand än enligt hedonism och preferentialism. Enligt perfektionismen blir därmed ett gynnande av *autonomi* ett mer centralt mål för vården än det traditionella att gynna välbefinnande.

Vissa anser att det dessutom finns värden som inte bara berör den enskilda individen såsom skönhet, jämlikhet, eller stabilitet och mångfald i ekosystem. Om jämlikhet har egenvärde får det viss betydelse för fördelningen av vårdens resurser. Idéer om att arter och stabila ekosystem har egenvärde har också viss betydelse för vilken inverkan vårdsektorn tillåts göra på miljön (exempelvis från cytostatika, antibiotika, radioaktivt avfall, nanopartiklar etc.).

LITTERATUR: Brülde 1998, Tännjö 1998.

Egenansvar, se *självförvårdad sjukdom*.

Egoism är en term som ibland används deskriptivt, att vi faktiskt alltid handlar efter vårt egenintresse – och ibland normativt, att vi alltid borde handla efter vårt egenintresse (se *etisk egoism*). När det används deskriptivt kallas det också psykologisk egoism, vilket är den form av egoism som ska behandlas här. Det bör understrykas att psykologisk egoism gör etisk egoism överflödig: Om vi alla handlar enbart efter vårt egenintresse blir en norm som uppmanar oss att göra det inte särskilt vägledande.

Vad säger då den psykologiska egoismen närmare bestämt? Den säger inte att vi faktiskt alltid lyckas att göra det som är bäst för oss själva, eller borde inte säga det om den inte ska vara uppenbart orimlig. Vi gör ju en hel del val, t.ex. börjar röka, som leder till sämre konsekvenser för oss själva än om vi hade avstått. Att handla på ett sätt så att man gör sitt liv så bra som möjligt för en själv, kräver nog ofta en hel del självdisciplin, exempelvis att försöka att leva sunt, äta hälsosamt, träna sin kropp och kognitiva funktioner, undvika droger, alkohol, tobak och annat som kan äventyra den egna hälsan – åtminstone givet att man inte har livsplaner som inte berörs negativt av dålig hälsa och förkortad livslängd. I stället handlar den psykologiska egoismen om våra motiv, och vi gör alltid det vi tror gynnar oss själva bäst. Med andra ord är egoismen en hypotes om vad som är den motiverande drivkraften bakom människors handlingar.

Egoismen har dock inte mycket som talar för sig och en hel del som talar emot sig. Det verkar finnas en hel del empirisk evidens som talar emot den, då många människor tycks bry sig mer om andras väl och ve än om sitt eget i vissa situationer. Dessutom verkar många handla på ett sätt som de vet är dåligt för dem själva, t.ex. genom att röka, överkonsumera alkohol etc. Om den psykologiska egoismen är sann måste detta vara illusioner. Förespråkare för egoismen hävdar då att man alltid ska omtolka människors skenbara motiv: ”egentligen gör jag det jag gör för min egen skull, även då jag tror att jag har motivet att hjälpa andra. Det kanske berikar mig, gör mig glad, bidrar till att jag känner mig som en god människa.” Detta svar har dock två problem: för det första gör det hypotesen icke-falsifierbar (vilket gör det till en mindre lyckad empirisk hypotes) eftersom den omtolkar allt beteende och alla uppfattningar genom att säga att de överensstämmer med teorin. För det andra blandar den ihop 1) motiv och 2) konsekvenser. 1) Motiv är anledningen till att vi handlar som vi gör och det kan finnas många anledningar, exempelvis att vi bemöter patienter på ett respektfullt sätt för att det ger bättre

compliance, för att vi själva vill bli uppskattade, för att vi faktiskt vill visa patienten respekt eller både och. 2) Konsekvenserna är det som händer som ett resultat av handlingen, oavsett om vi ville uppnå det eller inte, exempelvis att både patienten och behandlaren känner sig mer bekväm och glad om man visat patienten respekt. Ingen som förnekar egoismen skulle förneka att det sistnämnda ofta sker. Vidare stöder inga väletablerade teorier om den mänskliga naturen egoism. För att ta den senaste i raden: vi är inte genetiskt präglade att vara egoister, utan det är genetiskt fördelaktigare att vara disponerad att rädda sin avkomma även om det sker på egen bekostnad. Den psykologiska egoismen försöker i ljuset av sådan kritik rädda sig genom att urvattna sin innebörd: man är egoistisk om man gör vad helst man vill mest, oavsett om man tror att detta är för ens eget bästa och även om ens mål är att gynna andra, även på egen bekostnad. Detta är givetvis sant, och vi är bara motiverade av våra egna motiv, men det är triviale sant. Därmed blir egoismen tom på innehåll och inget som motsäger exempelvis *altruismen*. Det enda rimliga är att vi nog ibland handlar av egoistiska motiv, ibland av altruistiska och ibland av motiv som är både och eller varken eller.

LITTERATUR: Österberg 1988.

E-hälsa täcker ett stort område som rör elektroniskt baserad kunskapsöverföring och kommunikation mellan läkare och patient och mellan läkare och läkare. Man talar också ibland om Information and Communication Technology (ICT). Det kan handla om hälsoinformation som patienter kan leta upp på nätet eller bildöverföringar och telemedicinsk övervakning, eller robotstyrda operationer där patienten befinner sig på ett ställe och kirurgen på ett annat. Det finns vidare internetbaserad psykiatrisk behandling mot exempelvis ångest. Det kan också röra sig om speciella tjänster där patienter kan vända sig till en doktor via nätet och ställa frågor om sådant de kanske inte vill fråga sin egen läkare om, eller där patienten vill ha en s.k. "second opinion" eller är missnöjd med sin

egen läkare. Vidare kan det röra sig om inköp av medicin via nätet samt reklam riktad direkt till patienten. Blyga patienter kan uppleva det mindre problematiskt att exempelvis köpa Viagra eller få hjälp att testa sig för klamydia på nätet. Om journaler i framtiden kommer att läggas ut på nätet är även detta exempel på e-hälsa.

Det finns en rad etiska problem förknippade med e-hälsoprojektet även om man bortser från eventuella brister i sekretess. Ökad kunskap kan göra patienter mer informerade men kanske också mer oroliga. Vi vet från s.k. väntrumsundersökningar att patienter som söker sin allmänläkare ofta har ångest inför besöket. Patienten har både farhågor och kanske felaktiga föreställningar om vad de aktuella symtomen beror på (kan det vara cancer?). Det finns inga undersökningar av ångestnivå efter besöket, men allmänläkare beskriver ibland hur patientens pupiller är stora då han/hon kommer in, och då är det ett tecken på en god konsultation att pupillerna har normaliserat sig när patienten lämnar mottagningsrummet. Ju mer patienten vet desto mer finns det att oro sig för. Därför är ökad hälsoinformation inte alltid till patientens bästa. Dessutom behöver patienten ofta hjälp att förstå och tolka medicinska data, vilket annars kan leda till över- eller underbehandling. Detta har blivit ett speciellt problem när man numera också på nätet kan köpa genetiska test för polygenetiska sjukdomar. En direkt interaktion krävs ofta för att avgöra vad patienten ska kunna bearbeta information och exempelvis ställa följdfrågor. Näthandeln är också problematisk eftersom man då inte med säkerhet vet vad en patient tar för medicin, och patienten själv är inte medveten om eventuella indikationer. Man kan också fråga sig om telemedicinsk övervakning automatiskt leder till en säkrare sjukvård på exempelvis sjukhem.

LITTERATUR: Umefjord 2006.

Embryon är ett fosteranlag som befinner sig i ett visst utvecklingsstadium mellan det befruktade ägget och fostret. Se *fosterutveckling* och *stamcells forskning*.

Embryonala stamceller är oftast *totipotenta* vilket innebär att de kan utveckla sig till alla typer av cellinjer och vävnader. Se vidare *stamcells forskning*.

Emotioner och moral, se *neuroetik* och *emotivism*.

Emotivism är uppfattningen att moraliska omdömen enbart är uttryck för känslor eller attityder. Med andra ord är moraliska åsikter enligt emotivismen uttryck för **inställningar** till hur det är, snarare än **föreställningar** om hur det är. Emotivismen är en *metaetisk* teori om vårt moraliska språk, dvs. en teori om vad det är vi uttrycker med våra moraliska omdömen. Att exempelvis säga att man inte bör skada sina patienter är enligt emotivismen enbart detsamma som att uttrycka att man ogillar att patienter skadas. Emotivismen finns i olika versioner. Den äldsta och enklaste formen säger att moraliska omdömen helt enkelt är känslouttryck, så att säga "Läkare bör inte skada sina patienter" är liktydigt med "Usch för läkare som skadar sina patienter!" Som synes är detta sistnämnda uttryck ingen sats som kan stämma eller inte stämma, dvs. det är inget påstående som kan vara sant eller falskt, utan är snarast ett rent känslouttryck som att säga "Usch för AIK" eller att fnysa.

Vanliga argument för emotivismen är att oenigheter i moralfrågor bäst förklaras av att det inte finns något att vara enig om – det är bara uttryck för egna känslor – samt att om vi säger att något är bra så är vi normalt positivt inställda till det och benägna att få det till stånd, och vice versa om vi säger att något är dåligt. Argument mot emotivismen är att man verkar kunna gilla eller vara likgiltig inför sådant man bedömer som dåligt och tvärtom. Vidare verkar vi bedöma oenighet i moralfrågor som reell oenighet. Om exempelvis en person tycker att abort är bra och en annan att det är dåligt så förutsätter vi att de är oeniga, dvs. att de säger emot varandra. Detta är falskt enligt emotivismen som menar att två personer som uttrycker olika inställningar till något inte behöver vara

oeniga. Om exempelvis Per säger "Jag gillar kaffe" och Pål "Jag ogillar kaffe" så säger de inte emot varandra, utan de har olika inställningar till samma sak. Detta innebär att emotivismen förnekar att vi kan lära oss något av moralisk argumentation, som ju enligt emotivismen enbart blir en fråga om att få andra att dela våra känslor. Detta tyder på att emotivismen har svårt att redogöra för det den ska redogöra för, dvs. hur vårt moraliska språk fungerar. Därför har den traditionella emotivismen få förespråkare. Den har dock modernare efterföljare som, i likhet med emotivismen, förnekar att moraliska utsagor har sanningsvärde. Detta kallas ibland för *icke-kognitivism*, dvs. moraliska utsagor saknar kognitivt innehåll. En sådan teori är Hares universella preskriptivism, som säger att moraliska utsagor är universaliserbara föreskrifter. Detta innebär att utsagor som: "Du bör inte göra abort" ungefär är liktydigt med "Gör inte abort och detsamma gäller alla de som är i din situation, också jag själv." Ytterligare en version är Blackburns kvasirealism, enligt vilken moraliska utsagor är uttryck för attityder som kan stå i logiska förbindelser till varandra eller Gibbards expressivism enligt vilken moraliska utsagor ger uttryck för acceptans av normer. Det som är gemensamt för dessa nyare varianter av emotivism är just att de vill kunna förklara de aspekter av vårt moraliska språk som pekar åt en mer objektiv riktning, exempelvis att vi tycker att man kan vara oeniga i moralfrågor. Ett annat objektiva drag i vårt moraliska språk är att moraliska utsagor verkar kunna användas för att dra slutsatser på det sätt som utsagor som uppenbart är påståenden kan. Om någon exempelvis säger "Det är fel att ljuga" och "Om det är fel att ljuga, så är det fel att lära sin lillebror att ljuga", så utgår vi från att den personen måste anse att det är fel att lära sin lillebror att ljuga (såtillvida han kan resonera klart). Detta tyder på att den traditionella emotivismen måste revideras för att kunna redogöra för det moraliska språkets delvis objektiva karaktär. Huruvida de nämnda versionerna lyckas med detta är ännu omdiskuterat.

LITTERATUR: Bergström 1997, Miller 2003.

Empati refererar till en persons förmåga att leva sig in i en annan persons situation och därmed förstå denna persons handlande och beslutsfattande bättre. Man brukar skilja mellan att kunna leva sig in i hur en annan människa känner och att kunna leva sig in i en annan människas kroppsförnimmelser, också kallat kroppsempati. Detta förutsätter att man har kontakt med sina egna känslor och sin egen kropp. Vissa personer har en utvecklad och omedelbar förnimmelse av andras behov och förefaller på detta sätt empatiska, men behöver inte vara det. Vissa individer med personlighetsstörningar av psykopatisk karaktär har ofta en förmåga att omedelbart förstå vad en annan människa önskar eller vill. Vad som uppfattas som empati i vissa fall kan alltså vara fråga om en beräkande inställsamhet som kan innebära att en person utnyttjas i stället för att hjälpas. I empatibegreppet brukar man därmed normalt inte bara inkludera förmågan att förstå andra, utan också att känna *med* dem och därmed motiveras att handla i enlighet med deras intressen.

Professionellt är det viktigt att man inom sjukvården klarar av att sätta gränser för sin inlevelseförmåga om man ska kunna hjälpa en annan människa. Om man lever sig så mycket in i en annan människas liv så att man sitter och gråter tillsammans med denna, kan man inte alltid hjälpa. Man har visat stort medlidande vilket i vissa fall dock kan vara en tröst för patienten. Men oftast måste en psykoterapeut liksom en kirurg ha en viss professionell distans till sin patient, vilket ibland kan uppfattas som okänslighet eller *cynism*. Det finns undersökningar som indikerar att läkarstuderande under sin utbildning (särskild manliga) minskar sin empatiska förmåga och som läkarstuderande tvingas man ju härda sig själv genom att kunna se en annan människa blöda utan att själv svimma, att kunna se skadade och avlidna personer utan att bli handlingsförlamad, att kunna se andra gråta utan själv börja gråta etc. Enligt vissa former av *stoicism* uppfattas empati som en sjuklig böjelse och förmågan att göra sig fri från sina lidelser är idealtillståndet, dvs. *apati* eller nirvana inom *buddismen*. I dag anses dock

den empatiska förmågan vara en förutsättning för att kunna agera etiskt försvarbart både när man följer enkla tumregler enligt *Hare* eller dygdetiskt. Förenklat kan man säga att empati är önskvärt i den utsträckning det hjälper en att handla i patientens intresse, vilket också kan kräva en viss distans, dvs. en empatins *gyllene medelväg*. Se också *medlidande* och *vad skulle du göra i mitt ställe*.

LITTERATUR: Holm 1987, Rudebeck 1998, Sigrell 1999.

Empirisk etik undersöker vilka moraluppfattningar som människor faktiskt har, både den de bekänner sig till och den de faktiskt lever efter i sina handlingar. Undersökningarna kan omfatta intervjuer, observationer eller enkätstudier liksom studier av historiska källor. Även om empirisk etik forskning har samma metod- och validitetsproblem som annan empirisk forskning kan den skapa underlag för en fördjupad etisk analys av normativ karaktär. Exempelvis tar vi i dag för givet att informerat samtycke är en förutsättning för etiskt försvarbar medicinsk forskning, delvis för att man utgår från att deltagarna lägger stor vikt vid informationen. Undersökningar om informerat samtycke visar att patienter och försökspersoner i vissa sammanhang bryr sig mer om studiens syfte och informationens sekretess än om informationens omfattning.

Empiriska etikstudier kan också bidra till att minska fördomar och missförstånd. Det har exempelvis länge funnits farhågor hos en del kliniker om att information i förväg till patienter om att studenter kommer att närvara vid besöket, ofta leder till att patienterna säger nej. Detta har lett till att man avstått från att ge sådan förhandsinformation. Empiriska studier visar dock att farhågorna kommer på skam. Tvärtom ökar förtroendet och förståelsen för den kliniska undervisningen om man lyckas ge patienten förhandsinformation om studentmedverkan, och förhandsinformation tycks inte påverka patientens benägenhet att medverka.

Det kan ibland framstå som om det finns en

konflikt mellan empiriskt orienterad etikforskning och normativ etisk forskning. Moralfilosofier betonar gärna metaetik och vissa anser att det är den enda formen av moralfilosofi som går att bedriva (se *emotivism* och *normativ etik*). Arbetar man med klinisk etik eller forskningsetik i relation till sjukvården är den empiriskt orienterade etiken emellertid av stor betydelse, eftersom den kan bidra till att förtydliga olika aktörers preferenser och vilka värden som står på spel.

LITTERATUR: Westberg 2005.

Enhancement betyder förstärka eller förbättra och hänvisar till vissa typer av läkemedel eller andra medicinska behandlingar, som förutom att kunna användas vid behandlingen av sjuka eller handikappade, kan förstärka vissa egenskaper och förmågor om de ges till en frisk person. Det kan röra sig om förmågan till fysisk prestation genom att stimulera uppbyggnaden av muskelmassan med hjälp av anabola steroider, öka produktionen av röda blodkroppar med hjälp av erytropoietin eller stärka potensen med Viagra. Vissa sådana prestationsförhöjande medel och metoder innebär *dopning* om de är otillåtna. I framtiden kan det möjligen också bli frågan om genetisk enhancement och vissa former av *eugenik* kan ses som försök att förbättra mänskligheten.

I stället för att tala om enhancement så kan man också tala om modifiering av mänskliga egenskaper eller kroppsformer genom medicinska ingrepp. Om vi exempelvis med hjälp av vissa läkemedel (exempelvis propranolol) kan förhindra (genom att minska aktiviteten i vissa hjärncentra) lagringen av traumatiska minnen efter tortyr, svåra olyckor eller naturkatastrofer (jämför post traumatic stress disorder (*PTSD*)) ska man då använda sådana medel? Detta vcker frågor om värdet av *välbefinnande* kontra värdet av *autenticitet* förstådd som kontakt med verkligheten. Redan i dag genomförs skönhetsoperationer där man modifierar kroppen med hjälp av kirurgiska ingrepp och implantat, detta kanske i syfte att bli mer attraktiv på arbetsmarknaden eller kanske för att öka sitt eget

välbefinnande eller sin självkänsla. Vissa menar att detta inte åtgärdar de grundläggande problemen om *rättvisa* som finns på arbetsmarknaden utan bara innebär kortsiktiga lösningar för vissa individer.

Ett mer drastiskt sätt att genom kirurgiska ingrepp göra sig attraktiv för vissa yrken var i äldre tider kastration. Detta eftersom furstar och sultaner enbart anställde eunucker för att passa upp i sitt hov eller harem, vilket tidigare var praxis i både Kina och det Osmanska riket. Frågan är dock om detta skedde frivilligt och vid vilken ålder. Självkastration har också förekommit hos religiösa individer som på detta sätt bättre kunde leva i celibat och ägna sig ostört åt det gudomliga. Man får anta att detta skedde när de religiösa männen var i vuxen ålder. Men man kan fråga sig om kastreringen av pojkar (före puberteten) hade samma karaktär av frivillighet. Syftet med kastreringen av dessa småpojkar var ofta att uppnå hypogonadism och därmed bevara den ljusa rösten. Man talar om kastratsångare varav vissa blivit världsberömda som exempelvis den 1700-talssångare som gick under artistnamnet Farinelli. Detta var under lång tid en inte helt ovanlig åtgärd i Italien för att just ge dessa barn en möjlighet att göra sångarkarriär. Men det var till priset av kastreringen och följderna av denna, liksom att det förstås inte var alla som lyckades med en sångarkarriär. Man måste skilja på att någon modifierar sin egen kropp eller sina egna förmågor genom medicinska ingrepp på eget initiativ och att förorda det för andra, speciellt om dessa andra är barn vars bästa intresse man förväntas att ta vara på som förälder.

En speciell form av (omvänd) enhancement utgörs av den s.k. Ashley-behandlingen. Ashley var 2006 en 9-årig flicka med en hjärnskada som medförde att hennes mentala utveckling motsvarade ett 6–12 månader gammalt barn. Hon kunde titta på tv och lyssna på musik, men kunde inte gå eller stå. När Ashley var sex år gammal och man fastslagit att det inte fanns någon chans att hennes mentala tillstånd skulle ändras bad föräldrarna om att man skulle stoppa hennes växt. Genom att ge stora doser med

östrogen kunde tillväxtzonerna i benen och armarna förbenas. På detta sätt kunde man hålla flickans vikt nere och därmed öka möjligheterna för att även i fortsättningen kunna vårda flickan hemma och ta henne med på utflykter etc. Eftersom man i släkten hade kvinnor med stora bröst tog man bort hennes anlag. Man önskade också ta bort livmodern, eftersom det inte var aktuellt att Ashley skulle ha barn, i syfte att bespara henne menstruationsbesvär. Man kan alltså säga att man på ett sätt hade ”stympat” flickan i syftet att öka hennes övriga välbefinnande. Man genomförde en etisk analys av fallet och kom i den etiska kommittén vid sjukhuset i Seattle fram till att ingreppen var försvarbara. Den ansvariga läkaren har skrivit en intressant artikel där han argumenterat för både de medicinska och kirurgiska ingreppens försvarbarhet.

Andra former av enhancement som diskuteras är behandlingar som syftar till att förbättra personers koncentrationsförmåga, minne eller stämningssläge. När det gäller förbättring av stämningssläge har diskussionen exempelvis rört SSRI-behandlingar och frågan om när något är sjukligt eller när det rör sig om ”normal” nedstämdhet. Det har vidare visat sig att man kan inplantera stimulatorer i vissa områden i hjärnan så att man kan minska ångest och depressiva symtom, men sådana implantat kan också tänkas användas för att påverka friska till att bli gladare och lyckligare. När det gäller förbättring av minne finns i dag forskning som stöder att minnesfunktionerna kan förbättras avsevärt på försöksdjur genom att använda preparat som förstärker synapsernas förmåga att signalera till andra synapser. Sådan behandling skulle förmodligen också gå att tillämpa på fullt friska människor med normal förstånds-förmåga. Det sätter fokus på frågan om vilka förbättringar utöver de normala som är moraliskt försvarbara och vilka av dessa som bör erbjudas offentligt respektive privat.

LITTERATUR: DeGrazia 2005, Liao 2007, Bergström et al. 2008.

Epidemiologi är läran om sjukdomars utbredning i en befolkning. Epidemiologisk forskning handlar sålunda om att med hjälp av en rad olika metoder studera sjukdomars förekomst, liksom deras dödlighet och de riskfaktorer som påverkar sjukdomarnas spridning. Man kan med hjälp av epidemiologisk forskning kartlägga statistiska associationer (korrelationer) mellan olika fenomen och sålunda peka på ett behov av *mekanismforskning*. Det var exempelvis först med hjälp av epidemiologiska analyser man kunde se att HIV-smittan hade en spridning som vid en infektionssjukdom. Innan dess hade det funnits olika hypoteser om läkemedelspåverkan, exempelvis att nitroglycerin, som i vissa kretsar i Kalifornien användes som afrodisiakum, var orsaken till aids. Detta trots att miljontals människor hade använt nitroglycerin mot kärlekkramp utan att utveckla aids. Även om epidemiologin sålunda kan vara till hjälp vid upptäckten av nya samband mellan exponering och sjukdom ska man också vara uppmärksam på att det finns fallgropar, då en statistisk association inte automatiskt säger något om kausalitet. Man är förstuds uppmärksam på detta, och sådana statistiska associationer utan kausalt samband, som exempelvis mellan alkoholkonsumtion och lungcancer eller mellan gula fingrar och lungcancer, benämns *confounding factors*.

Epifenomen är ett tillstånd som orsakas av ett annat utan att i sin tur kunna påverka det tillstånd det är orsakat av. Ett exempel är den skugga som ett fysiskt föremål kan ge upphov till. Poängen är att det som ger upphov till ett skuggfenomen inte i sin tur kan påverkas av skuggan, så orsaksrelationen är så att säga enkelriktad. Själsfenomen har inom läkarvetenskapen ibland tolkats som ett epifenomen. Hjärnan/kroppen kan ge upphov till vissa ”själsfenomen”, dvs. mentala händelser som upplevelser och tankar, men hjärnan kan inte antas påverkas av själsfenomenen. Både *placebo* och *nocebofenomenen* har därför uppfattats som anomalier eftersom dessa fenomen förutsätter att även själsfenomen kan påverka hjärnan/kroppen. Det finns dock i dag tydliga indika-

tioner (med hjälp av bland annat fMRT) på att både positiva och negativa förväntningar kan orsaka förändringar i specifika områden i hjärnan. Se *placebo* och *nocebo*.

LITTERATUR: Johansson et al. 2008.

Epigenetik handlar bland annat om den del av genetiken som inte direkt kan hänföras till det klassiska mendelska genetiska arvet. Epigenetiken rör de styrningsmekanismer som bestämmer hur aktivt eller passivt (tyst) en gen kommer till uttryck och därmed till vilken grad en ärftlig disposition kommer att ge sig till känna fenotypiskt. Om vi exempelvis tar det klonade lammet/fåret Dolly så var den genetiska uppsättningen helt ”korrekt”, men det förhållande att det i förtid fick en rad åldersrelaterade åkommor (åldrades för tidigt) var orsakade av de epigenetiska styrningsmekanismerna. Sekvenserna i DNA-strängen är det som utgör basen för en gen, men huruvida sekvensen aktiveras eller inte avgörs bland annat av s.k. metyleringsmekanismer, som alltså till viss del styr vilka sekvenser som kommer att avläsas eller aktiveras. En annan viktig styrmekanism som avgör vilka gener som är aktiva är hur DNA-molekylen är packad. Molekylen packas runt proteinbollar som i sin tur rullas samman och utgör en kromosom. Det är till stor del kromosomens mikromiljö som bestämmer och styr regleringen av vilken information som ska avläsas och därmed avgör specialiseringen av en cell. Denna mikromiljö med dess metyleringsställen antas kunna påverkas av olika yttre företeelser och anses kunna förklara varför även enäggstvillingar, som genetiskt sett är identiska, ändå kan utveckla sig olika fenotypiskt. Den ena kan exempelvis utveckla diabetes medan den andra inte gör det. Unga enäggstvillingar är sålunda mer lika än äldre. Den epigenetiska programmeringen anses kunna påverkas både före och efter förlösningen och man kan i den meningen tala om nedärvning av förvärvade egenskaper. Man har exempelvis bland möss sett att om mammor slickar eller gosar med sina ungar blir dessa mer stressställda genom en påverkan av nervcellernas specialisering.

Epigenetiken kan antas ha betydelse för stamcellers förmåga att vara mer eller mindre potenta. Likaså är den betydelsefull för utvecklingen av cancer som i många fall beror på en övermetylering eller en förändring i den epigenetiska miljön. Cancerceller kan därför antas vara mera känsliga för epigenetisk påverkan. Epigenetiken tycks också kunna förklara en viss del av den klassiska diskussionen kring arv och miljö. Epigenetiken är dock bara 15 år gammal som forskningsfält och även om det finns stor potential för att utveckla nya behandlingar och modifiera beteenden, så har epigenetiken än så länge inte helt funnit sitt mera specifika tillämpningsområde. Se också *stamceller* och *genetik*.

LITTERATUR: Tost 2008.

Epikuros (341–270 f.v.t.) har gett namn till epikureismen som säger att lustkänslor och begär (hedone) är det högsta goda (jämför *hedonism*). Men även om hedone kan översättas med sinnlig lust så omfattar den också intellektuella kvaliteter; i dag skulle man kanske översätta hedone med livskvalitet, eller välbefinnande, som inte direkt säger något om orsaken till välbefinnandet. Epikuros säger att det goda är relaterat till lust och det onda till smärta. Den värsta smärtan är fruktan för demoniska makters ingripande i vardagen, vandan inför ett liv efter döden, vandan över ens egna begär och den depression som detta kan åstadkomma. Vissa av dessa tillstånd utgör klassiska orsaker till det vi i dag skulle benämna som ångest. Epikuros värdeteori fick också konsekvenser för hans syn på exempelvis självmord. Kunde livet inte längre bibringa en människa lycka så fanns det ingen anledning att ”hänga kvar” vid livet. Självmordet var en värdig utväg och uppfattades sålunda som en okontroversiell handling. I samband med detta myntade Epikuros sitt kända uttryck: ”När vi finns, finns inte döden, och när döden är för handen, finns inte vi”, dvs. att döden inte var något att frukta, eftersom det inte är ett tillstånd där man existerar. Se även *hedonism*, *utilitarism* och *Bentham*.

LITTERATUR: Andersen 1993, Skirbekk et al. 1993.

Etik (från grekiskans *ethos* – sedvänja eller karaktär) handlar om vad som är rätt och fel, bra och dåligt, klandervärt och berömvärt och hur vi motiverar eller vilka skäl som finns för ställningstaganden i dessa frågor. Man kan urskilja tre typer av etiska frågor: en som rör värderingar (vilka tillstånd som är önskvärda eller bra respektive icke-önskvärda eller dåliga) och två som rör vårt handlande: dels vad vi bör göra, dvs. vilka handlingar som är riktiga eller rätta, dels vilka vi bör vara, dvs. vilken karaktär vi bör utveckla. Dessa frågor hänger ihop på olika sätt i olika moralrör (se *konsekvensetik*, *deontologisk etik* samt *dygdetik*). Exempelvis innebär konsekvensetiken att riktigheten hos en handling bestäms av det värde den ger upphov till. Pliktetiker brukar normalt hävda att oriktiga handlingar är klandervärda (se *Kants etik*) och dygdetiker (den Aristoteliska) brukar skilja frågan om vad som är en god människa från frågan om vad som är en riktig handling. Den dygdiga människan kan i analogi med den skickliga bågskytten träffa rätt på måltavlan, men vad som är rätt, vad som avgör var pricken sitter, är en annan fråga. Etik handlar alltså om hur vi bör leva våra liv. Detta gäller både på en individuell nivå och generellt, och frågan om hur vi bör leva våra liv tillsammans med andra är också en etisk fråga. Med andra ord är politiska frågor i grund och botten etiska. Etik handlar vidare både om hur ens värderingar och normer kommer till uttryck i hur man faktiskt handlar och om att på ett rationellt och systematiskt sätt underbygga hur man bör handla eller vad som är bra eller dåligt i en aktuell situation. Ibland använder man (numera) ordet *moral* om personers faktiska handlande och etik eller moralfilosofi om personens systematiska och på analys baserade överväganden. Kants etik kan alltså sägas komma till uttryck i hans moralfilosofiska texter i termer av exempelvis kategoriska eller hypotetiska imperativ, perfekta och imperfekta plikter etc. Kants moral skulle sålunda handla om hur han faktiskt var i verkliga livet, om han höll sina löften, om han var hygglig mot sina vänner, om han plågade djur etc. Man brukar skilja mellan *metaetik* (studerar normer och värderingars natur), *normativ etik* (studerar normers och värderingars rimlig-

het) och *empirisk etik* (studerar de normer och värderingar vi har och lever efter). Sedan finns också en rad områdesetiker, som exempelvis medicinsk etik, forskningsetik, näringslivsetik, djuretik etc. Detta kallas ibland *tillämpad etik*.

LITTERATUR: Kagan 1998, Rachels et al. 2007, SMER 2008.

Etik för furstar, se *Machiavelli*.

Etikalisera innebär att man reducerar fenomen från andra områden, exempelvis kriminologi, politik, ekonomi, religion, juridik, psykologi, krigsteori, till något man kan förstå och förklara med enbart moralfilosofiska begrepp och teorier även i situationer där ett psykologiskt eller ekonomiskt resonemang skulle vara mer passande (se också *etik och ekonomi*, *etik och jura*, *etik och politik* samt *etik och psykologi*). Det finns en speciell form av etikalisering som innebär att man tillämpar den hedonistiska handlingsutilitarismen direkt som *beslutsmetod* på alla beslut, vilket gör i stort sett alla frågor till moraliska frågor. Även valet av skjorta eller klänning när jag klär på mig på morgonen blir en etisk fråga. Andra frågor som vi inte heller tänker på som

Jag har efter noggrann begrundan kommit fram till att på lång sikt kommer en blå tandborste att öka mitt välbefinnande mer än en grön!



Utilitarismen som beslutsmetod

etiska val blir enligt samma etiska teori också etiska val, t.ex. om jag ska äta fil och flingor eller rostat bröd med marmelad, dricka te eller kaffe, om jag ska borsta tänderna före eller efter frukosten etc. Ingen utilitarist har dock på allvar tänkt sig att deras moralteori ska fungera på detta sätt.

Eftersom nästan alla handlingar kan få konsekvenser för mitt och andras välbefinnande är även sådana val moraliska val. Att göra något innebär att man underlåter att göra en massa saker man kunde ha gjort i stället, vilket innebär att det inte finns några val som är otillgängliga för etisk utvärdering. Detta innebär dock inte att man ska tänka i termer av etiska teorier i varje situation eller tro att sådana teorier bäst förklarar varför saker och ting sker (etiska teorier är ju *normativa* och inte förklarande). Gör man det så etikaliserar man. Etikalisera får inte blandas ihop med *moralisera*. Se också *missbruk av etik* och *reduktionism*.

LITTERATUR: Tersman 2004.

Etikens ursprung refererar till frågan om varför vi alls har en etik eller moral, varför vi resonerar etiskt och varför vi gör det på det sättet vi gör. Här finns biologiska eller genetiska teorier, som menar att vår förmåga och vilja att tänka etiskt är medfödd. Det finns också samhällsvetenskapliga teorier, exempelvis Marx uppfattning att etiken är en ideologisk överbyggnad som syftar till att rättfärdiga rådande samhällsordning i människors ögon. Det finns också psykologiska teorier, exempelvis Festingers teori om kognitiv dissonans, enligt vilken värderingar och normer i stor utsträckning handlar om att rättfärdiga våra handlingar i våra egna ögon. I dag råder växande konsensus om att vår benägenhet att resonera och reagera utifrån etiska överväganden är genetisk, men hur det sker närmare bestämt beror på kulturella och samhälleliga faktorer. Denna fråga om etikens ursprung bör skiljas från ett antal närliggande frågor, exempelvis om våra etiska reaktioner och reflektioner i första hand är känslö- eller förnuftsbaseade. En annan fråga rör moralens grund. Är det förnuftet, ett samhälleligt *kontrakt*

som syftar till att samordna våra handlingar, är det vår mänskliga natur eller är det något annat? Vidare bör frågan om etikens ursprung skiljas från frågan om vilken etik som är försvarbar, en fråga som tillhör den *normativa etiken*. Att våra etiska reaktioner delvis är medfödda avgör inte frågan om huruvida dödshjälp är försvarbart eller inte. Det avgör inte heller hur vi bör fördela världens resurser osv. Även om frågor om etikens grund delvis kan ha bäring på denna typ av frågor är det ett felslut att tro att normativa slutsatser följer från ställningstaganden i frågan om etikens ursprung. Det strider mot Humes lag om att ett bör aldrig följer från ett är (se det *naturalistiska felslutet*). Däremot har filosofen Richard Joyce hävdat att moralens evolutionära grund undergräver vissa metaetiska positioner om moralens grund. Exempel på detta är att etiska påståenden är sanna eller falska och är det i kraft av naturliga fakta (också kallat naturalismen), eftersom den bästa förklaringen till att vi är moraliska enligt Joyce inte utgörs av moralens giltighet, utan av våra gener.

LITTERATUR: Joyce 2006, Rachels et al. 2007

Etikens utveckling är ett uttryck som avser framför allt någon av tre följande saker: För det första kan det handla om ett etikhistoriskt perspektiv där man exempelvis går från antikens *dygdetik* till upplysningsfilosofins *konsekvensetik* och *pliktetik* och sedan till dygdetikens renässans i nutiden. För det andra kan det på ett liknande sätt handla om etikens utveckling genom historien med avseende på vilka levande varelser eller entiteter som ska ges moralisk status. I Kina har det under nästan 2500 år varit familjen som givits denna status, i andra kulturer har det varit stammen eller den egna rasen, och under antiken var det den fria mannen som utgjorde en snäv cirkel för vad som omfattades. Sedan i modern tid och västerländsk kultur har cirkeln utvidgats till att omfatta alla människor oavsett hudfärg, kön, sexuell läggning, ålder etc. I dag debatteras huruvida och i vilket avseende andra djur än människan ska ges moralisk status. Några argumenterar i dag för att vi nu bör gå vidare och ge även ekologiska system mo-

ralisk status. Man kan alltså med Peter Singer tala om att den etiska cirkeln eller kretsen har utvidgats. Etikens utveckling kan också, för det tredje, handla om en enskild människas moraliska utveckling, men man talar då vanligen om just *moralisk eller etisk utveckling*.

LITTERATUR: Singer 1996.

Etikett betyder egentligen den lilla etiken (jämför exempelvis opera och operett) och refererar numera vanligen till gott uppförande vid fester eller högtider, att man känner till olika hälsningsceremonier, konverserar artigt, håller tal vid rätt tidpunkt, skålar (och inte lyfter glaset för högt), och håller rätt i besticken. Det handlar ofta om sociala konventioner och förutsätter sålunda en viss kulturell kompetens. Det finns åtskilliga etikettböcker i dag där man kan läsa om dessa konventioner och seder.

Inom dygdetiken är dock etikett en del av etiken och går inte att tydligt särskilja från denna. En god/dygdig människa uppträder också på ett belevat sätt och en god läkare bemöter sin patient på ett bra sätt, klär sig på ett passande sätt (inte för fint och inte för slarvigt). Se även *dygdetik* och *hippokratisk etik*.

Min son är 20 år och kan fortfarande inte äta med kniv och gaffel. Undrar om han håller på att bli kriminell?



Dygdetisk utveckling?

Etik och ekonomi har mer eller mindre klara beröringspunkter (liksom *etik och juridik*, *etik och politik* och *etik och psykologi*) och även om man inte kan reducera etik till ekonomi eller ekonomi till något man kan tala om i etiska termer, finns det gränssytor där de två ämnena fungerar som kommunicerande kärn. Typiska områden där det finns ett intimt samröre är när ekonomin sätter gränser för vad man kan göra inom sjukvården, dvs. när man måste prioritera, genomföra cost-benefit-analyser och hitta gemensamma nämnare för jämförelser mellan olika behandlingar. Se *prioriteringar* och *kvalitetsjusterade levnadsår*.

Etik och juridik har som *etik och ekonomi* (och *etik och politik* samt *etik och psykologi*) ibland täta beröringspunkter, dock utan att man kan reducera den ena disciplinens fenomen till något man kan förstå och förklara med den andra disciplinens begrepp och teorier (se *reduktionism*). Ibland blir juridiken eller lagstiftningen det som sätter gränserna för vad man får göra inom sjukvården, och hälso- och sjukvårdslagstiftningen samt lagen om yrkesverksamhet inom sjukvården (LYS) reglerar på olika sätt vad olika yrkesgrupper får och förväntas göra, och vad man inte får. Ibland är det även den allmänna lagstiftningen (strafflagen och regeringsformen) som kan aktualiseras som när frågor om exempelvis *avsluta en behandling* och *dödshjälp* diskuteras. Ibland kan även internationella konventioner och folkrätten påverka verksamheten inom sjukvården – exempelvis FN:s stadgar, FN:s barnkonvention, omhändertagande av asylsökande och flyktingar samt deras rätt till sjukvård. Även om inte juridiken kan reduceras till etik, bland annat eftersom det är en egen akademisk disciplin med egen begrepps- och teoribildning, bör det understrykas att den grundläggande frågan om vilka lagar som bör instiftas är en etisk eller normativ fråga, eftersom det är en bör-fråga (se *normativ etik*). Ibland sammanblandas frågan om hur en viss typ av situationer bör regleras och hur en viss person i en sådan situation bör handla. Man kan mycket väl tänka sig att vissa hand-

lingar, som tillhör en viss handlingstyp som bör förbjudas, ibland ändå bör utföras. Exempelvis kan någon som försvarar att *aktiv dödshjälp* bör förbjudas ändå mena att det vid enstaka tillfällen kan vara moraliskt försvarbart att utföra en handling som innebär aktiv dödshjälp. Omvänt kan man tänka sig att vissa typer av handlingar, som ofta är moraliskt förkastliga ändå bör tillåtas. Så argumenterar exempelvis vissa *konsekvensetiker* för att *abort* bör vara tillåtet, även om enskilda förekomster av abort kan vara svåra att försvara, eftersom konsekvenserna av ett generellt förbud är sämre än konsekvenserna av de förekomster av oförsvarliga aborter som genomförs inom ramen för ett tillåtande system. Det är nog svårt att tänka sig ett juridiskt system som förbjuder allt det och endast det som är moraliskt otillåtet, speciellt eftersom det finns rimliga men oförenliga ståndpunkter om vad detta är.

LITTERATUR: Feinberg 1986, Hart 1961.

Etik och politik har mer eller mindre tydliga relationer på så sätt att ibland är det politiken eller politiska ideologier som kan vara av betydelse för hur man kan tolka etiska begrepp som exempelvis *jämlikhet*, *frihet* och *rättvisa*. Ibland kan det vara tvärtom, att etiska överväganden mer eller mindre dikterar politiska ställningstaganden, exempelvis då det gäller *abort* och forskning med embryonala stamceller (se *stamcells forskning*). Många politiska frågor är etiska i den vida meningen av etik, som innefattar alla bör-frågor, nämligen de som handlar om hur samhället bör utformas. Området som handskas med dessa frågor kallas politisk filosofi. Förutom tolkning av nämnda begrepp innefattar denna disciplin traditionellt två grundfrågor: Den ena är vilka statens uppgifter bör vara, vilket innefattar frågor om vad staten eller det (i någon mening) gemensamma bör ägna sig åt och vad andra aktörer (föreningar, företag, individer osv.) lämpligen bör ägna sig åt. Det kan också röra sig om frågor om vad som utgör legitimt tvång samt om staten ska ha och genomdriva en uppfattning om vad som är ett gott liv för den enskilda medborga-

ren (se *Rawls* samt *kommunitarism*). Den andra frågan gäller hur sådant som kan fördelas bör fördelas, både vad gäller nyttigheter och vad gäller bördor. Den medicinska etiken innefattar därmed en rad frågor som också ingår i den politiska filosofin, som frågor om vilken vård som bör tillåtas, vilken vård som bör erbjudas av det offentliga, *prioriteringsfrågor* samt frågor om *tvångsvård*. Dessa frågor låter sig svårigen angripas på ett fruktbart sätt utan hänsyn tagen till vidare samhälleliga överväganden. Se också *politiska ideologier*.

Etik och psykologi är liksom *etik och ekonomi*, *etik och juridik* och *etik och politik* också intimt relaterade i vissa avseenden, exempelvis när man diskuterar en persons empatiska förmåga (se *empati*). En viktig distinktion mellan etik och psykologi är de grundläggande frågorna man ställer. En etik ger skäl för att man bör handla eller avstå från att handla på ett visst sätt, och en psykolog kan exempelvis fråga hur en person känner när han eller hon handlar på ett visst sätt eller fråga sig vad som orsakar personens handlingar. Inom dygdetiken, där en persons utveckling och mognad har betydelse, finns också en relation mellan utvecklingspsykologi och etisk mognad. Det finns sålunda intressanta gemensamma forskningsområden gällande exempelvis utvecklingen av känslor och identifieringen av moraliska regler, samt en intressant diskussion om huruvida sådana förmågor är medfödda eller inte. Kan det förhålla sig på samma sätt som till exempel med språkinlärning där man antar att inte all språklig grammatik är inlärdd? Den danska filosofen/psykologen Thomas Pekkola-Klinge ger en intressant presentation och diskussion om detta i sin avhandling *Emotion og etik* (se också *Kohlberg* och *moralisk utveckling*). En annan psykologisk fråga av betydelse för dygdetiken är i vilken utsträckning vi handlar som vi gör beroende på vår karaktär snarare än situationen eller tvärtom. En del socialpsykologisk forskning ger vid handen att situationen spelar större roll än karaktären (se *Milgram* samt *telefonkiosksexperimenten*). Detta skulle kunna innebära problem

för dygdetiken, om den säger att vi bör handla i enlighet med vår karaktär på ett sätt som inte är möjligt för oss, då vi i själva verket är väldigt situationsbundna i vårt handlande. Generellt kan psykologin bidra till etiken genom att säga vad som är psykologiskt möjligt och troligt vad gäller våra motiv och handlingar, eftersom ett **bör** förutsätter ett **kan**.

LITTERATUR: Pekkola-Klinge 2006.

Etikprövningsnämnd är beteckningen för den instans som i Sverige granskar och bedömer forskning som inbegriper försök med människor eller har för avsikt att påverka människor fysiskt eller psykiskt. Det finns vid de sex största universiteterna en etikprövningsnämnd med två eller flera avdelningar, för exempelvis medicinsk forskning och samhällsvetenskaplig forskning (psykologi, sociologi, etc.). Etikprövningsnämndernas verksamhet är numera reglerad i lagstiftning, och ordförande för etikprövningsnämnderna är en domare eller jurist med erfarenhet av att ha varit domare. Sammansättningen av etikprövningsnämndernas avdelningar är tio representanter för forskarsamhället och fem representanter för allmänheten. Ledamöterna utses av regeringen. Eftersom dålig forskning enligt en *konsekvensetisk* bedömning också är dålig etik beaktas vid etikprövningen både designmässiga och metodologiska aspekter på forskningen. Det görs vidare en bedömning av den risk eller det obehag som försökspersonerna utsätts för, och man viktar då denna bedömning mot den nytta i termer av goda konsekvenser som forskningen kan antas medföra. Sist görs en kvalitetsbedömning av det informerade samtyckt eller en bedömning av om man kan göra avsteg från informerat samtycke.

Även om lagstiftningen i dag föreskriver vilka ärenden som faller inom lagen och utanför, ska forskningen ha ett vetenskapligt syfte och innebära eller syfta till påverkan av forskningspersonen. En sökande kan dock anhålla om att ändå få en bedömning. Etikprövningsnämnden har oavsett detta ibland svårigheter att avgöra om ett projekt ska uppfattas som forskning el-

Skulle ni vilja hjälpa mig med att få min bormaskin provad?



Testar Svensk bilprovning endast bilar?

ler exempelvis som en studie med tonvikt på s.k. kvalitetskontroll som kan sägas vara del av rutinsjukvården. Den vetenskapliga uppläggningsen av en studie kan också ibland ge anledning till vetenskapsteoretiska diskussioner om studien ska bedömas som ett forskningsprojekt eller inte. Det kan inträffa om det används exempelvis kvalitativa metoder eller för medicinare okända metoder till att studera patienters upplevelse av sjukvården etc. Man kan i analogi med Svensk bilprovning säga att etikprövningsnämnderna ibland ska avgöra om ett fordon ska bedömas eller inte: Bilprovningen ska enbart bedöma vissa typer av fordon av en viss ålder med avseende på deras köregenskaper och säkerhet samt andra för trafiksäkerheten viktiga aspekter. I de flesta fallen är det uppenbart vad som ska bedömas och vad som inte ska bedömas och det finns också bland personalen klara föreställningar om vad som är bra och dåliga bilar. Detsamma gäller de medicinska experterna i etikprövningsnämnderna, och det finns angelägna frågeställningar/hypoteser som planerats, undersökts med vedertagna och välkända metoder, genomförda av välrenommerade forskare samt med en bra och tydligt utformad informa-

tion. En relativt ny Lamborghini eller Bentley blir sannolikt bedömd på ett annat sätt än en gammal utsliten Volkswagen eller Skoda, i alla fall med olika entusiasm av mekanikerna som måste bedöma dessa fordon. Men om jag kommer till Bilprovningen med min gräsklippare eller en bormaskin så är det tveksamt om Bilprovningen går med på att bedöma dessa.

Vid bedömningen av medicinsk forskning är etikprövningsnämnderna bundna av både europeiska forskningsetikregler och *Helsingforsdeklarationen*. Detta innebär bland annat att forskningens och samhällets intressen aldrig får gå före hänsynen till individen. I praktiken innebär dock ovan nämnda nyttokalkyl att det är en sanning med modifikation. Se också *vetenskapligt paradigm* och *subparadigm*.

LITTERATUR: Lynöe 1999.

Etikråd eller etikkommitté är beteckningen för ett forum, vanligen inom ett sjukvårdsområde. Rådet består av ett antal personer som bistår sjukhusledningen, kliniker eller enskild sjukvårdspersonal med råd om hur man bör handla generellt (policyfrågor) eller i speciella, enskilda, komplicerade fall. Sådana etikråd finns numera vid de flesta sjukhus eller sjukvårdsområden och kan vara en hjälp vid diskussion och tillämpning av prioriteringar, vid diskussion om enskilda komplicerade fall angående exempelvis avslutande av livsuppehållande behandling eller när man ska ta ställning till (extremt) kostsamma behandlingar etc. Se *analys*.

Etiska dilemman är en typ av etiska problem som karakteriseras av att de inte går att lösa enbart genom klarlägganden av olikheter i tolkningen av fakta eller missförstånd eller med hänvisning till en övergripande norm som löser upp problemet. Ett etiskt dilemma är ofta ett uttryck för en genuin värdekonflikt som karakteriseras av att oavsett hur man handlar, kommer man att skada eller kränka någon/något. För en abortmotståndare är det exempelvis ett dilemma om en kvinna visar sig ha en graviditet som utvecklas utanför livmodern, en s.k. extrauterin

graviditet. Oavsett vad man gör eller inte gör kommer man att handla fel. Om man tar bort den extrauterina graviditeten och därmed avbryter graviditeten, anses man ha dödat ett liv i vardandet eller man har satt stopp för en mycket efterlängtat graviditet. Men om man inte griper in och avbryter graviditeten kommer man att riskera kvinnans liv. Etiska dilemman kan alltså anses vara en sorts olösliga *etiska konflikter* där argumenten eller skälen för det ena handlingsalternativet väger lika tungt som det andra, eller där de jämförda argumenten eller skälen att handla inte ens går att jämföra. Se också *doktrinen om dubbla effekter* som kan ses som ett försök att lösa just etiska dilemman för *pliktetiken* eller *sinnelagsetiken*. I de flesta fall hittar man dock lösningar på etiska konflikter inom pliktetiken genom att i en given situation väga olika etiska (*prima facie*) principer mot varandra och sedan komma fram till att den ena väger tyngre än den andra. Att skydda och hindra att en person skadas eller utsätts för risk att skadas kan exempelvis anses vara viktigare än att tala sanning och därmed respektera de närståendes autonomi (se *lojalitetskonflikter* och *parasitering*). För pliktetikerna som tror på *absoluta plikter* blir dock etiska dilemman oupplösliga. Filosofen Bernard Williams menar att detta är en styrka hos en etisk teori, eftersom det är i överensstämmelse med vår vardagsmoraliska intuition att det finns situationer där vi handlar fel vad vi än gör. För en utilitarist som Richard Hare är detta oacceptabelt. I princip finns det enligt utilitaristen inga genuina etiska dilemman, eftersom det alltid är tillåtet att välja de alternativ som medför bättre (eller mindre dåliga) konsekvenser än de andra alternativen i en situation. Om (otroligt nog) alla alternativ skulle ha lika katastrofala konsekvenser är alla handlingar tillåtna snarare än felaktiga enligt utilitarismen.

LITTERATUR: Hare 1994, Williams 1981.

Etiska ideal är sådana som föreskriver hur man bör handla i vissa situationer men som inte direkt är ett etiskt krav eller en absolut plikt eller regel. Ett ideal är något man strävar efter och försöker att uppnå, exempelvis att bli en bättre

människa och att vara generös. Ett besläktat begrepp är Kants tal om *imperfekta plikter* som innebär att man har plikten att ha vissa ändamål, exempelvis att hjälpa andra och att sträva efter egen perfektion, men ingen plikt i varje situation att handla efter dem. Med andra ord, har man enbart en plikt att sträva efter idealet så länge man inte bryter mot andra plikter och i viss mån efter eget gottfinnande. Etiska ideal kan möjligen leda till en form av moralisk stress (samvetsstress – se också *samvete*) om man har högre ideal än vad man i praktiken klarar av, men etiska ideal kan knappast leda till *etiska konflikter* eller *dilemman*. Se *etiska krav*.

LITTERATUR: Nell 1975, Rawls 1972, Nilstun et al. 2006.

Etiska konflikter är sådana som kan uppstå när olika intressen, normer eller värderingar kolliderar. Om patienten har önskemål om en viss utredning och behandling och läkaren inte finner att varken utredning eller behandling är medicinskt motiverad kan det vara ett exempel på en situation där det uppstått en etisk konflikt. Det finns i denna situation både fakta och värderingar som måste beaktas. Läkarens bedömning kan vara uppenbart rimlig, men man kanske ändå bör beakta och respektera patientens rätt att vara med och bestämma samt bevara en god relation till patienten, så att man bevarar förtroendet, och läkaren kan av den anledningen ändå gå med på patientens önskemål eller hitta en kompromiss. Men läkaren kan också välja att ta hänsyn till resursproblematiken och det förhållandet att andra patienter skulle vara i större behov av både utrednings- och behandlingsresurser och därmed stå fast vid sin avvisning av patientens önskemål. Ibland går etiska konflikter att lösa genom vägningar av fakta, värderingar och principer, och man kommer fram till en lösning som båda parter kan enas om. Ibland är det dock fråga om mer djupgående konflikter mellan värden som har en del som talar för sig, som frågan om vad de som får mest ut av värden ska få i termer av sjukvårdsresurser i förhållande till de som har störst behov. Hur mycket ska man exempelvis

satsa på akuta fall som ändå inte har så långt kvar (stora vårdbehov) i förhållande till mer kroniska men mindre allvarliga åkommor som drabbar patienter tidigare i livet (stor nytta). Här räcker det ofta inte med överenskommelser mellan patient och läkare, utan frågan om vilka grundläggande värden som är viktigast aktualiseras. Eventuellt är denna typ av etiska konflikter inte alltid lösbara, då de etiska principerna står lika starka eller där man handlar fel oberoende av hur man gör, och man talar då om *etiska dilemman*.

LITTERATUR: Beauchamp et al. 2001.

Etiska krav är sådana som kommer till uttryck i exempelvis olika yrkesetiska samlingar där man använder ord som exempelvis: "Läkaren ska alltid ha patientens hälsa som främsta målet etc." Andra uttryck kan vara att man "aldrig får" (förbud) eller "alltid måste" (påbud). Ett etiskt krav kan kontrasteras mot etiska ideal där man snarare skulle använda ord som sträva efter eller bör. I moralfilosofiska sammanhang används dock "bör" i meningen "måste" ibland. Den hippokratiska etiken anses av några mest baseras på ett ideal och en appell till läkaren att handla (som den goda förebilden Hippokrates), medan andra tolkar den som just krav till läkaren. (Se *hippokratisk etik*.) Det är dock inte enbart läkaren, sjuksköterskan och barnmorskan som har etiska krav på sig. Även patienten kan anses ha skyldigheter, exempelvis att ställa upp i den kliniska undervisningen, vilket man kan argumentera för utifrån rättighetsteorier (se *fair play-principen*). Etiska krav är liktydigt med etiska eller moraliska plikter (sådan man måste göra eller inte får underlåta att göra). Sedan finns det tillåtna handlingar (som man får, men inte måste, utföra) samt etiskt förbjudna handlingar (sådan man inte får eller måste underlåta att göra). Enligt *konsekvensetiken* i dess vanligaste form, *utilitarismen*, har vi plikter enbart i de situationer där enbart ett unikt alternativ har bättre konsekvenser än alla alternativ man kunde ha utfört i stället, vilket förmodligen aldrig eller väldigt sällan är fallet. I övriga situationer är alla handlingar

som har bättre konsekvenser än någon alternativ handling tillåtna. I *pliktetiken* räknar man i större utsträckning med handlingar som helt enkelt är påbjudna eller förbjudna, speciellt då det sistnämnda, som t.ex. att ljuga eller döda.

LITTERATUR: Nell 1975, Rawls 1972, Nilstun et al. 2006.

Etiska principer, se *principbaserad etik*.

Etiska riktlinjer kommer till uttryck i olika regelsamlingar för hur exempelvis sjukvårdspersonal och forskare bör handla i ett kliniskt sammanhang eller forskningssammanhang. Etiska riktlinjer finns i exempelvis olika yrkesetiska regelsamlingar, exempelvis Läkareförbundets etiska regler, senast reviderade 2002; Svenska Läkaresällskapets riktlinjer för avslutande av livsuppehållande behandling, senast reviderade från 2007, World Medical Associations Helsingforsdeklaration, senast reviderad 2008 etc. Etiska riktlinjer kan innehålla både *etiska ideal* (vad man bör sträva efter) och *etiska krav* (vad man alltid ska, måste, inte får).

Etisk analys, se *analys*.

Etisk argumentation är relaterad till både etiska teorier och olika typer av argumentationsformer. Rationell etisk argumentation förutsätter att man respekterar motsägelseprincipen, dvs. att man inte motsäger sig själv. Det är exempelvis en förutsättning för att kunna föra ett *reductio ad absurdum*-argument som är vanligt förekommande i etisk argumentation, exempelvis det *kantianska* argumentet för att inte ljuga och att inte bryta löften. Inom dygdetiken kan man ibland se hänvisningar till den erfarna, dygdiga förebilden som då används som auktoritetsargument eller *ad hominem*-argument. Vill man bli en god läkare så finns det en appell att handla som auktoriteten och förebilden (Hippokrates). Men både *analogiresonemang*, *induktion*, *abduktion* och *deduktion* förekommer också som argumentationsformer. En förutsättning för att kunna argumentera etiskt är att man har klart för sig vad som huvudsakligen är fakta,

och vad som är värderingar och etiska principer. För det *konsekvensetiska* resonemanget har faktiska antaganden om sannolika framtida händelser en stor betydelse för argumentationen, medan de *pliktetiska* och *sinnelagsetiska* resonemangen är mer bundna till välgrundade viljeyttringar och avsikter. Det finns vissa speciellt karakteristiska resonemang inom etiken som exempelvis *sluttande planet-argumentet* som egentligen baseras på eller förutsätter acceptansen av analogiresonemang, exempelvis med en sten som okontrollerat rullar ner för en bergssluttning. Ofta förutsätter etisk argumentation en etisk *analys*. En vanlig form av etisk argumentation är att se vilka implikationer (se *deduktion*) vissa principer har när de tillämpas i olika situationer och sedan jämföra det med de välgrundade omdömen man har om dessa situationer. Detta kan antingen gälla faktiska eller tänkta situationer (*tankeexperiment*). Om principen strider mot ens partikulära omdöme får man då antingen revidera principen eller förklara varför det välgrundade omdömet trots allt inte är så välgrundat som man tänkte sig (se *reflektivt ekvilibrium*).

LITTERATUR: Tersman 1993, Föllesdal et al. 2001, Hielmcrone 1975, Johansson et al. 2008.

Etisk egoism är en etisk teori som säger att det alltid är moraliskt rätt att göra det som ligger i ens eget intresse, även när det sker på bekostnad av andras intressen. Den kan ses som en speciell variant av konsekvensetiken, eftersom den säger att handlingars riktighet avgörs av konsekvenserna för en själv. Den skiljer sig dock radikalt från de vanligaste formerna av konsekvensetik, som utilitarism, som ju i stället hävdar att det är konsekvenserna för alla som berörs av handlingen som spelar roll, dvs. de är universalistiska. Etisk egoism bör vidare skiljas från teorier som hävdar att om alla handlar efter egoistiska hänsyn (eller egennytta), så leder det på sikt till bättre välfärd för alla. Dessa teorier säger alltså att universell egoism är det bästa medlet för utilitaristiska mål. Att sådana teorier med största sannolikhet är falska kan illustreras genom *fångarnas dilemma*. Etisk egoism bör vi-

dare noga skiljas från vanlig *egoism*, som uttalar sig om hur vi faktiskt är.

Den etiska egoismen har, till skillnad från den psykologiska *egoismen*, något som talar för sig, nämligen kombinationen av rationell egoism och etisk rationalism. Den rationella egoismen säger att det alltid är rationellt (eller klokt, förnuftigt, skäligt) för vem som helst att göra det som ligger mest i hennes eget intresse. Den etiska rationalismen säger att vi alltid bör göra det som det är rationellt att göra. Tillsammans talar dessa, var för sig rimliga, principer för etisk egoism. Dock har också den etiska egoismen problem som sammantaget kan te sig oöverstigliga. För det första kan man hävda att det också kan vara rationellt att uppoffra sig för andra: om man medvetet gör något för någon annan även när det missgynnar en själv (t.ex. genom att donera en njure), så handlar man möjligtvis mot sitt egenintresse, men det är tveksamt om man är *irrationell* (oskälig). Dessutom är etisk egoism oförenlig med en annan rimlig idé, som handlar om att moraliska krav eller normer ska kunna avgöra interpersonella intressekonflikter. Om exempelvis Per tjänar på att göra något som Pål förlorar på, så bör Per göra det (ur Pers synvinkel) och inte göra det (ur Påls synvinkel): Med andra ord verkar moralen enligt den etiska egoismen kollektivt självupphävande, dvs. om alla lyckas med att leva efter moralen kommer (förmodligen nästan) alla att misslyckas med att leva upp till den. Vidare verkar just ett viktigt syfte med moraliska normer vara att ge rimliga lösningar på konflikter av detta slag. En ännu mer allvarlig invändning mot den etiska egoismen är att den ter sig godtycklig: Varför är jag så viktig? Vad skiljer mig i moraliskt hänseende från andra? Med andra ord verkar den göra en skillnad där det inte finns någon. Om t.ex. behov av vård är en grund för fördelning av vård, så bör mitt behov mötas för att jag har det. Men då gäller detsamma alla andra med behov också.

LITTERATUR: Tännsjö 2000, Österberg 1988.

Etisk grammatik är ett uttryck eller en metafor rörande de moralfilosofiska begrepp och teorier och principer som man kan ha nytta av vid en etisk analys. Metaforen anspelar på analogin med språkinlärning. Man kan lära sig ett språk med hjälp av naturmetoden, genom att vistas i det land där man talar språket. Man kan också lära sig språk genom att lära sig grammatiken och på så sätt underlätta inlärningen. Många som arbetat länge inom sjukvården har lärt sig medicinsk etik genom naturmetoden och står ofta handfallna då det ställs frågor som förutsätter kunskaper i etisk grammatik (exempelvis normativa etiska teorier och begrepp). Det finns en tendens att då avsluta diskussionen med att säga att så brukar vi göra här. Både i samband med undervisning av medicine kandidater på kliniska enheter och mottagningar och mot bakgrund av att patienter allt oftare ställer krav om utredning och behandling, finns ett ökat behov av att även kunna argumentera etiskt och därmed ett behov av att kunna den etiska grammatiken. Se också *expertkunskande*.

Etisk kreativitet är då man hittar på nya sätt att lösa eller kringgå etiska problem och dilemman. Ett klassiskt exempel på etisk kreativitet är Bibelns berättelse om Salomos visdom då han hotar de två kvinnorna att klyva det nyfödda barnet, som de både hävdar är deras, i två delar så att de var kan få sin halva. Den äkta mamman träder dock fram och avstår från sin part för att på detta sätt rädda barnets liv, medan den andra kvinnan vars barn egentligen dött kräver sin rätt. Salomo anser att han därmed har identifierat den rätta modern.

I sin bok, *Damernas detektivbyrå*, inleder Alexander McCall Smith sin berättelse med en historia om en kvinna som uppsökts av en man som utger sig för att vara hennes pappa. Kvinnans mamma lever inte längre och kvinnan har aldrig sett eller känt sin pappa, som enligt mamman hade avlidit i samband med en olycka men under lite oklara omständigheter. Mannen som nu utger sig för att vara kvinnans pappa beklagar att han inte tidigare hört av sig men säger att han är så glad att han äntligen hittat

sin dotter som numera är hans enda släkting. Kvinnan/dottern antas enligt gällande tradition ha en skyldighet att ta hand om pappan och till en början är hon också glad för återseendet. Men efter ett par månader och efter att ha servat pappan börjar hon fatta misstankar om att något inte står rätt till och tar kontakt med damernas detektivbyrå. Dottern vill undvika att själv konfrontera pappan med sina misstankar eftersom det skulle leda till en försämring av deras förhållande om misstanken visar sig vara felaktig. Den kvinnliga detektiven tar sig an fallet och uppsöker pappan när dottern är på jobbet; detektiven har klädd ut sig till sjuksköterska och efter att mannen försäkrat henne angående släktskapet med kvinnan så berättar detektiven att det tyvärr har skett en förfärlig olycka. Dottern har kommit allvarligt till skada och förlorat en massa blod. Sjuksköterskan säger att dottern behöver blodtransfusion och att pappan är den enda släktingen och att han därför måste följa med och donera blod; tyvärr är det frågan om en så stor blodförlust att även pappans liv kan komma att stå på spel. Mannen vägrar att följa med och avslöjar då att han i själva verket inte är pappa till kvinnan, och att han enbart har hittat en bekväm tillflyktsort för att njuta av sin ålderdom. I båda fallen är det alltså frågan om att man spetsar till en situation för att provocera fram sanningen och därmed skipa rättvisa. Se också *nöden är uppfinningens moder*.

Inom den kliniska medicinen finns också exempel på etisk kreativitet. En cancersjuk man har bett sin läkare om att inte få information om sin diagnos och sin prognos. När slutet närmar sig frågar patienten om han ska be sin son att ta båten eller flyget hem. Genom att svara på frågan kan dock läkaren indikera något om prognosen och därmed bryta sitt löfte om att inte informera patienten om prognosen. Läkaren tittar därför ut genom fönstret och konstaterar att det är ett herrans väder, och om han vore patienten skulle han nog rekommendera sonen att ta flyget eftersom båtturen skulle bli besvärlig. Patienten godtar läkarens förslag. På detta sätt kan läkaren hålla sitt löfte om att

inte röja prognosen och samtidigt se till att sonen kommer hem i tid innan patienten dör. Se även *riskbruk* som också kan ses som en form av etisk kreativitet. Se vidare *döda budbärens* problematiken som illustreras med historien om Thyra Danebod som räddar livet på den budbärare som meddelar att hennes och Gorm den Gamlas son, Knud, har dött.

LITTERATUR: McCall-Smith 2000.

Etisk sensitivitet är ett uttryck för en persons känsla för, beredskap till och förmåga att identifiera etiska aspekter, värdekonflikter och etiska dilemman. Hög grad av etisk sensitivitet förutsätter vanligen kunskaper om den *etiska grammatiken* men kan dock också baseras på s.k. magkänsla eller, om man så vill, etisk intuition.

Etiskt neutrala handlingar är sådana där exempelvis konsekvenserna av två olika medicinska behandlingar är likvärdiga både med avseende på effekt, livskvalitet, säkerhetsaspekter och kostnader på kort och lång sikt. Idéhistoriskt finns det dock en intressant tradition, *stoicismen*, som ansåg att en rad olika kvaliteter är etiskt neutrala eller likgiltiga som vi i dag tillskriver stort (o)värde som exempelvis lust och smärta, rikedom och fattigdom, hälsa och sjukdom etc. Om det apatiska tillståndet är det ideala (som inom stoicismen) så förstår man att ovan nämnda kvaliteter bara stör och rör till det för människan. Vad som är etiskt neutrala handlingar och vad som inte är det måste alltså sättas in i ett sammanhang och kopplas till en *värde teori*.

Etisk resning, se *värdighet*.

Etiska överloppshandlingar är sådana som går utöver vad man skulle kunna förvänta sig av den som handlar, dvs. personen ifråga gör mer än vad som förväntas utifrån väldefinierade plikter eller regler (jämför *perfekta plikter*). På svenska finns det inget riktigt bra allmänt använt uttryck för detta, men på engelskan talar man om ”supererogatory acts”.

Olika etiska teorier har olika uppfattningar om huruvida sådana handlingar finns och vilka som tillhör denna grupp. Vissa försvarar en moral som är mer krävande än andra med avseende på våra förpliktelser gentemot andra och därmed påverkas hur stor klassen av överloppsgärningar är. *Utilitarismen* menar att inga handlingar som har handlingsalternativ med bättre konsekvenser är riktiga, vilket gör att det enligt denna lära inte finns några överloppsgärningar. Bara det bästa är gott nog, så att säga. Bland annat blir det enligt utilitarismen mycket svårt att försvara vår livsstil samtidigt som människor i andra delar av världen går under av svält och sjukdom, som ganska enkelt kunde åtgärdas. Att ge till välgörenhet är då snarare en plikt än just välgörenhet. Och välgörenhet är typexemplet på överloppsgärningar enligt andra, något som man inte har en plikt att göra men som det är fint och beundransvärt om man gör. Enligt mycket modern *rättighetsteori* (se *Nozick*) gör vi exempelvis (nästan) aldrig något fel så länge vi inte aktivt kränker andras *negativa rättigheter*. Vi har alltså inga positiva förpliktelser gentemot andra, så länge vi inte frivilligt förbinder oss till sådana. Vad vi i övrigt gör med vår tid och våra resurser är helt upp till oss själva. En mellanposition intas ofta av *pliketikern* av olika slag, enligt vilka vi ibland har vissa positiva plikter att hjälpa andra. Men de menar också att vi ofta har en viss frihet att handla enligt eget gottfinnande, åtminstone så länge vi inte aktivt skadar andra. Vilken ställning man tar i frågan om överloppsgärningarnas omfattning är alltså avgörande för sjukvårdens förpliktelser och patienters rättigheter. Detta kommer exempelvis konkret till uttryck inom svensk sjukvård när vissa landsting ger vård till papperslösa flyktingar medan andra inte gör det.

LITTERATUR: Nell 1975, Singer 1996, Tännsjö 1998.

Eudaimonism är ett lyckobegrepp som hänförs till *Aristoteles*. Eudaimonismen menar att målet med livet är lycka i form av uppnådd insikt i vad som är det goda och rätta i livet. Då har man blivit en människa som lever upp till dygdena

rättrådighet, måttfullhet och visdom. Lycka i denna bemärkelse är alltså inte enbart en lyckokänsla som man kan uppnå på vilket sätt som helst, som exempelvis i den *benthamska* hedonismen. Eudaimonism refererar lika mycket till att leva ett lyckat liv som att känna sig lycklig. Det är enbart den lycka som är ett resultat av ett i mänskligt hänseende moraliskt och blomstrande liv som räknas. Eudaimonism används senare av stoikerna för att tala om oberoendet av världsliga godheter och av *Thomas av Aquino* då den är den lyckosalighet som upplevelsen av en gudsgemenskap innebär.

Eufemismer är positiva och mildrande eller förskönande omskrivningar av anstötliga, känslomässigt svåra eller etiskt kontroversiella ord och företeelser. Det kan röra sig om tabuerade områden som exempelvis beskrivningen av när en person är avliden, t.ex. att personen "gick bort" eller "ur tiden" etc., eller det kan röra sig om handlingar som är förknippade med skam och skuld som exempelvis självmord. Där kan man i stället använda sig av ord som "självalt livsslut". Ordet självmord är ett exempel på motsatsen till en eufemism – en *dysfemism* – då det ju inte (längre) är en kriminell handling, vilket ordet mord kan suggerera fram. Användandet av eufemismer och dess motsats dysfemismer är vanligt förekommande i etisk argumentation där man vill väcka starka känslor. I diskussionen för och mot olika former av dödshjälp används exempelvis eufemismer av anhängare och dysfemismer av motståndare. Anhängare av dödshjälp kan exempelvis säga att avsikten med åtgärden är att hjälpa patienten att på dennes begäran få slut på ett outhärdligt lidande, och motståndare skulle beskriva det som mord på patientens begäran. Se också *dysfemismer* och *metaforer*.

Eugenik betyder arvsygien och handlar om hur man med hjälp av positiva och negativa arvsygieniska åtgärder kan förbättra en populations ärftliga egenskaper. Positiva eugeniska åtgärder innebär att man uppmuntrar dem som antas ha goda ärftliga egenskaper att föröka sig. Negati-

va eugeniska åtgärder innebär att de som antas ha dåliga ärftliga egenskaper hindras från att skaffa barn. Se även *negativ* och *positiv eugenik*. LITTERATUR: Buchanan et al. 2000.

Eutanasi betyder egentligen en god död och används vanligen i samband med att en läkare hjälper en terminalt sjuk patient med ett outhärdligt lidande att på egen begäran få hjälp att dö snabbt och smärtfritt för att på detta sätt få slut på sitt lidande. Se också *aktiv dödshjälp*. Eutanasi har också fått en annan innebörd som inkluderar dödandet av patienter eller människor vars liv inte anses vara värda att leva. Det var under och efter Andra världskriget som ordet eutanasi kom i vanrykte då man i Hitlertyskland genomförde en systematisk utrotning av kroniskt sjuka (somatiskt såväl som psykiskt sjuka och förståndshandikappade) som ansågs tära mer än nära. I Hitlertyskland var tillämpningen av eutanasi inledningsvis (före kriget) motiverat av hänsyn till patientens lidande. Ett exempel var föräldrarna till ett barn med olika skador som led och där det saknades möjligheter att ge adekvat behandling. Föräldrarna ansåg att lidandet var omänskligt och appellade till Hitler, som i sin tur bad sin livläkare Karl Brandt att undersöka möjligheten till barmhärtighetsdödande. Man beviljade nådadöden till barnet efter noggrann bedömning av flera läkare, och systemet med denna typ av bedömningar genomfördes herefter regelbundet under kontrollerade former. Det var först under kriget som indikationerna utvidgades, och de ekonomiska motiven blev avgörande. Denna *indikationsglidning* från dödshjälp på patientens eller närståendes egen begäran till utrotning av människor vars liv inte ansågs värda att leva, har fortfarande i många länder varit ett argument mot att införa eller att över huvud taget diskutera dödshjälp. Man har talat om risken för det *sluttande planet*.

Historiskt har det dock inte varit ovanligt att man i kritiska situationer har tagit livet av eller låtit personer dö (oftast svaga äldre och spädbarn) då det varit brist på föda. På Grönland har det bland inuiter förekommit både infan-

ticid (oftast flickor), invalidicid och senilicid i situationer då det rätt svält. För att några i familjen/gruppen skulle överleva så fick andra offra sig. Speciellt äldre kunde själva be om att få dö eller om att bli övergivna så att de kunde få dö. Följande citat (från polarforskaren Rolf Kjellström) är från en äldre inuit som inte längre vill leva eller vara övriga familjen till last och som säger till sin son. "I am tired, and I am old. You must build me an igloo, for now I must travel alone."

I Belgien, Holland och Luxemburg har man möjliggjort och legaliserat eutanasi med innebörden att beslutskapabla patienter som är terminalt sjuka och har ett outhärdligt lidande, kan begära dödshjälp antingen genom läkarassisterat självmord eller genom att läkaren ger sådan behandling att patienten dör en smärtfri död. I de amerikanska delstaterna Oregon och Washington samt i Holland har man tillåtit läkarassisterat självmord, vilket förutsätter beslutskapabla patienter som själva kan verkställa ett självalt livsslut. I Schweiz har man möjlighet att på speciella kliniker hjälpa terminalt sjuka människor att ta sitt liv. I Schweiz gäller tillståndet även icke-schweiziska medborgare, medan man i Belgien och Holland kräver att det mellan läkaren och patienten finns en längre varande relation. I Holland och Belgien finns det klara och strikta riktlinjer för när dödshjälp kan beviljas och utföras, och det finns en omfattande lagstiftning som reglerar verksamheten. Detta i syfte att undvika missbruk och en oklar skiljelinje mellan dödshjälp och angränsande begrepp som vållande till annans död, dråp och mord.

LITTERATUR: Proctor 1988, Westrin et al. 2005, Kjellström 1974 och 1975.

Eutanasi hänförs till den systematiska utrotningen (under andra världskrigets Hitlerregim) av människor vars liv inte ansågs vara värda att leva. Eutanasi projektet var en av åtalpunkterna under *Nürnbergprocessen* s.k. *medicinerns*. Se också *eutanasi* och *sluttande planet*.

LITTERATUR: Proctor 1988,

Evidensbaserad medicin (EBM) är en term som används för att beskriva det vetenskapliga underlaget för kliniska beslut rörande utredning, behandling, riskbedömning och förebyggande åtgärder. Den evidensbaserade medicinen karaktäriseras av att man enbart accepterar åtgärder som har visat sig ha ett vetenskapligt underlag och att det finns empiriska *fakta* som talar för att åtgärden är effektiv. Då beaktar man både statistisk och klinisk signifikans, säkerhet samt kostnadseffektivitet. EBM kan ses i motsats till tidigare kliniska beslut som kanske ibland baserades på en medicinsk auktoritets långvariga personliga erfarenhet och EBM har sålunda inneburit en *demokratisering av den kliniska beslutsprocessen*. Karakteristiskt för EBM är vidare att den om möjligt baseras på stora och väl genomförda randomiserade och på annat sätt kontrollerade kliniska undersökningar (på engelska: randomised controlled trial, förkortat RCT). Man talar om hög grad av evidens när det finns flera RCT som genomförts av olika forskargrupper och att det är möjligt att mot denna bakgrund sammanställa resultatet av dessa undersökningar i s.k. metaanalyser. Det finns också andra metoder som används inom EBM, exempelvis s.k. observationsstudier, som, i motsättning till experiment där man själv kan välja exponeringen, innebär att man observerar människor som redan exponerats för någonting, exempelvis tobaksrök och sedan jämför med en kontrollgrupp som inte exponerats för rökning. I observationsstudier kan man alltså inte på samma sätt som i experiment kontrollera olika variabler, utan enbart iaktta dem efter exponeringen och jämföra dem med grupper som inte varit utsatta för den aktuella exponeringen. Vanligtvis anses observationsstudier ha en lägre grad av evidens framför allt på grund av en rad felkällor.

Inom EBM-traditionen betonas empiriska undersökningar och man betonar faktaaspekterna, men man bedömer som anført även säkerhets- och kostnadsaspekter samt sociala och etiska aspekter. En behandling som visat sig ha den högsta evidensgraden, störst säkerhet och en rimlig kostnadseffektivitet har konse-

kvensetiskt klara fördelar i alla fall om alternativerna är sämre både med avseende på effekt, säkerhet och kostnad. Det skulle alltså vara i överensstämmelse med göra gott-principen, icke skada-principen och eventuellt också rättvisepincipen att rekommendera en sådan behandling. Som komplement till EBM har man i dag utvecklat *värdebaserad medicin*, VBM. VBM har utvecklats mot bakgrund av att man ibland inom EBM inte har haft tillräckligt fokus på patientens värderingar. Se också *epidemiologi, kvantitativa metoder, randomisering och fakta*.

LITTERATUR: Sackett 2000.

Ex juvantibus-behandling/-diagnostik

är ett sätt att baklänges få fram en diagnos, dvs. en form av *abduktivt* resonemang som används i situationer där man inte har någon säker diagnos innan man inleder en behandling. Man försöksbehandlar exempelvis med järntabletter till en patient med blodbrist (anemi) och om behandlingen ger avsedd effekt så drar man baklänges slutsatsen att då måste det ha varit den sjukdom eller det tillstånd (exempelvis järnbristanemi), som behandlingen normalt används emot, som orsakat tillståndet. Man kan sålunda både i klinisk praxis och vid hypotesgenerering använda sig av ex juvantibus-behandling. Ett exempel på hypotesgenerering är följande resonemang:

- 1) Om en sjukdom är orsakad av mikroorganismer så är sjukdomen (för det mesta) känslig för antibiotikabehandling.
- 2) Den aktuella sjukdomen (vars orsak vi inte känner) är känslig för antibiotikabehandling.

Alltså: Sjukdomen orsakas av en mikroorganism.

Det var med hjälp av denna typ av resonemang man utvecklade klamydiahypotesen. Man visste inte vad det var för tillstånd, men gynekologer behandlade patienter som sökte för ospecifika besvär från bland annat urinröret

med doxacyklin och patienterna blev besvärslösa. På detta sätt blev misstanken om att det rörde sig om en mikroorganism väckt, och den vidare forskningen inriktade sig därefter på att isolera och identifiera denna speciella mikroorganism. Denna typ av kliniskt resonemang är inte okontroversiell eftersom den är i strid med ett grundläggande axiom inom medicinen: först en diagnos, sedan behandling. Mikrobiologer och infektionsläkare var exempelvis till en början inte så entusiastiska inför gynekologernas tilltag. Abduktiva slutledningar, som ex juvantibus-behandling är ett exempel på, är slutledningar som inte är logiskt bindande eller *deduktivt* giltiga. Se också *abduktion*.

LITTERATUR: Johansson et al. 2008.

Experiment är undersökningar där man har möjlighet att planera vilka variabler man önskar att jämföra, och där man exponerar för vissa stimuli, exempelvis ett läkemedel som ges till en patient med en viss sjukdom. I detta avseende skiljer sig ett experiment från en observationsstudie där exponeringen och de olika variablerna är givna och inte kan manipuleras, exempelvis en undersökning av individer som rökt tobak eller varit utsatta för passiv rökning eller via sitt arbete varit utsatta för joniserande strålning. I ett experiment har man möjlighet att manipulera och variera försöksbetingelserna, dvs. man har exponeringen under kontroll, som i exempelvis en läkemedelsstudie där man önskar undersöka effekten av ett nytt medel eller i en studie av den terapeutiska effekten av joniserande strålning vid vissa doser och med en given teknik. Människor som deltar i experiment, friska såväl som sjuka, har rätt att få information om vad de exponeras för, riskerna i samband med detta samt att själva bestämma om de vill delta eller inte (*se informerat samtycke*). I en observationsstudie kan man både vara medveten eller inte medveten om att man exponerats för ett visst ämne. Observationsstudier initieras oftast först då man fått misstanke om att ett visst ämne utgör en hälsorisk (exempelvis joniserande strålning) eller kan förebygga

sjukdom (t.ex. fluor som är naturligt förekommande i dricksvattnet).

När det gäller individer som kan vara medvetna om att de deltar i experiment måste man ibland hemlighålla det egentliga syftet med undersökningen, eftersom kunskap om vad experimentet handlar om kan göra att de anpassar sitt beteende och sina förväntningar till denna kunskap, vilket kan påverka experimentets utfall och därmed leda till att variablerna man ville kontrollera inte kontrolleras. Därför vet exempelvis inte individerna i en kontrollerad klinisk studie om de tillhör kontroll- eller experimentgruppen. Detta för att hålla *placeboeffekten* under kontroll (se RCT). På samma sätt har många av de intressantaste socialpsykologiska undersökningarna i modern tid innefattat ett mått av vilseledning gentemot försökspersonerna, t.ex. *Milgrams lydnadsstudier*, där försökspersonerna inte förstod att de var försökspersoner utan trodde de assisterade i ett försök om bestraffning och inlärning. Ett annat exempel är Darley och Latané's undersökningar om gruppsykologi, där individerna trodde att studien gick ut på att undersöka hur det var att studera när det i själva verket handlade om att se hur människor reagerade i krissituationer (som riggades vid försökstillfällena). Hade försökspersonerna vetat på förhand att det handlade om krishantering hade de varit beredda och inte handlat på det sätt de spontant skulle göra i en krissituation. Ofta blir därför informationsstrategin en avvägning mellan värdet av studieresultatet och vikten av det informerade samtycket.

Inte sällan använder man sig inom vetenskapen också av *tankeexperiment*. Här använder man sig ofta av logiken och motsägelseprincipen för att på detta sätt framprovocera ny kunskap eller påvisa paradoxer, som i sin tur kan leda till teoriutveckling eller nya insikter. Även inom etiken kan man i vissa sammanhang använda sig av tankeexperiment där man föreställer sig vad som skulle hända om man gjorde så eller så i en idealiserad situation och på så sätt förutsäga vissa tänkbara utfall. Se också *Bernard, Claude*.

LITTERATUR: Föllesdal et al. 2001.

Experiment med/på fångar är egentligen en gammal tradition där exempelvis den dödsdömda fången benådades om han/hon överlevde ett medicinskt experiment. I modern tid har frågan om medicinska försök på fångar aktualiserats både i de nazistiska koncentrationslägren och samtidigt i de amerikanska fångelserna under andra världskriget. Skillnaden mellan dessa experiment var att i de nazistiska koncentrationslägren var fångarna utkommenderade och någon frivillighet fanns inte samtidigt med att experimenten ofta ledde till att försökspersonerna avled. I de amerikanska fångelserna hade fångarna i samband med USA:s inträde i andra världskriget själva erbjudit sig att ställa upp i bland annat medicinska experiment. Se *Nürnbergprocessen* och *Nürnbergkoden*. Experiment med fångar i USA fortsatte fram till 1974, då det blev mer och mer problematiskt att utifrån en rättvisepincip försvara denna typ av försök med fångar, försök som de inte själva hade gagn av. Två år tidigare hade *Tuskegee Syphilis Study* avslöjats och 1975 kom den reviderade Helsingforsdeklarationen, som reglerade med vem man kunde genomföra medicinska experiment utan terapeutiskt syfte och med vem man inte kunde göra det, exempelvis fångar. I dag förekommer inte längre forskning med fångar i USA. I Sverige kan forskning med fångar förekomma om det är frågan om terapeutiska försök som kommer fångarna själva till godo, och där sådan forskning inte kan genomföras med andra eller i andra sammanhang. Se också *prepositionsetik*.

LITTERATUR: Lynöe 1999.

Expertkunnande är det speciella kunnande som en person med lång och kvalificerad erfarenhet har utvecklat så att han/hon kan handla och fatta kloka beslut. Denna typ av expert är karakteriserad av att ha flyt i sitt handlande/beslutsfattande. Expertkunnande kan ses i kontrast till å ena sidan det kunnande nybörjaren eller novisen kan prestera, som behöver väldefinierade riktlinjer för hur man ska agera, och å andra sidan till expertvetande som utmärker den person som teoretiskt har tillägnat sig allt

det vetande som finns inom området. Expertvetande förutsätter inte nödvändigtvis expertkunnande, och expertkunnande förutsätter inte alltid expertvetande, även om det dock är sällan som den ena kunskapsformen existerar utan den andra (se *kunskap*). Vi kan alltså tala om två typer av etikexperter: De som är experter på etikvetande och de som är experter på etik-kunnande. Den som enbart är expert på etik-kunnande (exempelvis läkare med lång erfarenhet av sjukvård och svåra val) kan dock ofta inte ge svar på frågan om varför man handlat så eller så – personen kan inte den *etiska grammatiken* (har inte etikvetande).

Den expert som kan den etiska grammatiken men inte har någon erfarenhet av sjukvård kommer också till korta. Han eller hon kan knappast bli mer än novis eller avancerad nybörjare med avseende på det etiska kunnandet. Tyvärr uppstår ofta en konflikt mellan de två typerna av experter. Etik-kunnande experter anser att grammatikkunskapen är onödig och i vägen och menar att det enda sättet att lära sig etik på är att vara kliniskt verksam och lära sig genom att fatta många beslut. Etikvetande experter anser att läkaren måste kunna resonera och ge skäl för varför man fattat ett visst beslut. Det är angeläget, både i undervisningssituationer och i den omfattning man önskar göra patienten delaktig i beslutsfattandet, att kunna ge skäl för varför man valde ett handlingsalternativ och valde bort ett eller fler andra. Den etiska grammatiken kan, precis som språklig grammatik, användas för att underlätta beslutsfattande och för att kunna lära ut hur man resonerar.

Novisen är alltså den pålästa (exempelvis nyexaminerade unga läkaren) men praktiskt oerfarna (har mycket vetande, men mindre kunnande), som är helt beroende av vårdprogram och klara riktlinjer för hur man bör göra både medicinskt, tekniskt och etiskt. Den avancerade nybörjaren är inte helt beroende av vårdprogram och flödesscheman, och han/hon har upptäckt att läroboken inte alltid stämmer med verkligheten och att man ibland måste improvisera. Han/hon har kanske haft några erfarna förebilder eller handledare som han/hon

Som överläkare måste jag väl också vara expert i medicinsk etik, eller?



Finns det experter i medicinsk etik?

har haft möjlighet att fråga eller härma. Den kompetente har utvecklat sin tysta kunskap och sitt kunnande så långt att han/hon förmår att improvisera och hitta på nya sätt att handla på. Den kompetente har dock fortfarande kontakt med sitt vetande och kan redovisa för lärobokens och vårdprogrammets riktlinjer och det bakomliggande tänkandets grammatik. Den skickliga har gjort sig fri från lärobokstexter och den etiska grammatiken och kan inte längre omedelbart redogöra för varför eller vad det är han/hon gör i en viss situation. Den skickliga har fått *flyt* i sitt handlande och om han/hon skulle börja tänka eller reflektera över vad han/hon gör skulle det hämma personens förmåga att handla spontant. Experten har renodlat den skickligas färdigheter och har inte bara flyt i sitt handlande, utan kan också omedelbart se vad som bör göras i en konkret situation. Det är nästan omöjligt för en expert att redogöra för hur han/hon gör när han/hon handlar. Ibland kan en expert känna sig dum då han inte kan förklara vad han kan och ibland tycka att han/hon inte kan något. Detta är exempelvis vanligt bland äldre erfarna allmänläkare som inte längre har sitt vetande och vårdprogrammen

aktuella, men ändå är skickliga i funktionen som allmänläkare. Det kan också vara den äldre erfarna kirurgen som på frågor om varför man gör på detta sätt svarar att så brukar vi göra här. Man kan då uppfatta en sådan mening som ett sätt att avsluta en kanske intressant diskussion om tyst kunskap.

En erfaren läkare som också har funktion som lärare och inte bara som förebild och handledare måste då och då regrediera och återgå till kompetensstadiet eftersom man som lärare måste kunna svara på frågor om varför man gör på ett visst sätt. Det gäller också frågor av etisk karaktär. Eftersom den etiske experten också förmår att se när det finns genuina värdekonflikter som kräver djupare reflektion, kan inte ens expertens handlande vara helt automatiskt i alla situationer. Expertkunnande kan tillämpas på så väl schackspelare, fotbollsspelare, kirurger, psykiatriker, allmänläkare, epidemiologer, etik etc. Se också *Aristoteles*.

LITTERATUR: Dreyfus et al. 1986, Johansson et al. 2008.

Extrinsikala värden är värden som inte är goda eller dåliga i sig själva (i motsats till *egenvärden*), men som har ett värde som är härlett från ett egenvärde. Det kan vara härlett på så sätt att det är en förutsättning för att något har egenvärde, där egenvärde alltså är något som har värde i sig självt. Om vi accepterar lycka eller lyckokänsla – eventuellt i kombination med intelligens såsom Sokrates föreslog – som ett egenvärde samt smärta och olustkänsla som ett negativt egenvärde, så är medvetandet en förutsättning för lycka och olust och kan i den meningen sägas ha extrinsikalt värde. Vidare kan man använda sig av olika medel för att uppnå lycka och undvika olycka. Om värdet av att hålla sig frisk, exempelvis genom att leva sunt, gå promenader, stiga upp tidigt, äta hälsosamt, undvika godsaker, alkohol etc., uppfattas som ett instrument för att uppnå optimalt välbefinnande så kan hälsa uppfattas som ett instrumentellt värde, vilket också är en form av extrinsikalt värde. Vissa vill dock sannolikt säga att hälsa, som ett tillstånd av fullkomlig

fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, kan uppfattas som ett värde i sig, dvs. ett *intrinsiskt värde* (se också *hälsa*). Om vi sålunda antar att hälsa är ett värde i sig, kan man uppfatta en lång rad av medicinska behandlingar som havande ett extrinsiskt värde, exempelvis insulinbehandling av en diabetiker. John Stuart Mill diskuterade bland annat huruvida autonomi var ett intrinsiskt värde eller enbart ett extrinsiskt värde som på ett kvalificerat sätt kunde leda till (orsaka) ett ökat välbefinnande (se *Mill*). Ibland används dock termen extrinsiskt värde i snävare mening, som motsats till intrinsiskt värde. Något har intrinsiskt värde om (och endast om) det är gott oavsett av allt annat eller, för att uttrycka det på ett annat sätt, om det är gott i alla möjliga världar eller i kraft av sina inneboende (intrinsikala) egenskaper.

Så tänker sig vissa att det finns saker som har egenvärde i kraft av att stå i vissa relationer till andra ting, t.ex. den första tryckta boken har egenvärde i kraft av att stå i relationen ”vara först” i förhållande till andra objekt. Dessa saker har då egenvärde, men inte intrinsiskt värde. Då skiljer man med fördel på egenvärden och värden som leder till förverkligandet av egenvärden (dvs. instrumentella värden). Dessa terminologiska subtiliteter har dock sällan relevans för den medicinska etiken, där det viktiga är att skilja på egenvärden (sådant som har värde i sig eller är eftersträvnsvärdt för sin egen skull) och tillstånd som leder till eller är en förutsättning för egenvärdena, oavsett om vi kallar det sistnämnda extrinsikala, instrumentella, härledda värden eller något annat.

LITTERATUR: Brülde 1998.

F

Fabricering av data inom forskning tillhör området forskningsfusk eller vetenskapligt bedrägeri. Fabricering av data kan exempelvis gå till på så sätt inom den kliniska forskningen att en forskare konstruerar (hittar på) data om uppdiktade patienter i ett försök. Det är ett beteende som tyvärr inte är helt ovanligt. Den stora ersättningsnivå som ibland förekommer för varje försöksperson som rekryterats har utgjort en lockelse. Det kan också vara fråga om försök som inte genomförts men som ändå registrerats och protokollförts. I januari 2006 blev ett fall i Norge avslöjat där en framstående forskare fabricerat grunddata som låg till grund för en artikel som publicerades i *The Lancet* 15 oktober 2005. I artikeln lades fram resultat som indikerade att antiinflammatoriska läkemedel skulle kunna förebygga förekomsten av cancer i munhålan. Det var speciellt anmärkningsvärt att forskaren lyckades få med en rad medförfattare som alltså inte kan ha granskat arbetet särskilt noga (fusket var relativt lätt att upptäcka) och inte heller begrundade vad det var de lade sina namn till (se också *medförfattarskap*). År 2006 blev en forskare från Sydkorea fälld för forskningsfusk rörande kloning och produktion av humana stamceller. Också här hade en stor del av data fabricerats. I de fall som har lett till anklagelser för forskningsfusk har fabricering av data ofta påpekats. Oftast har detta skett därför att resultaten blir bättre än vad man skulle ha förväntat sig i sådana fall. Se exemplet med Cyril Burt som berörs i avsnittet om *abduktion*. Se vidare *vetenskapligt bedrägeri* och *forskningsfusk*.

LITTERATUR: Helgesson 2006.

Fairness eller fair play betyder rent spel och refererar ofta till en sorts gentlemansuppträdande i sportsammanhang. Moralfilosofiskt har fairness-begreppet använts av bland andra Johns *Rawls* där det haft en central roll i hans rättviseteori. En tolkning av fairness-principen kan illustreras genom följande exempel inom medicinen. Om jag är i behov av ett organ och blir erbjuden ett från en avliden donator så kan jag bara tacka ja om jag själv skulle vara beredd att donera ett organ i en liknande situation. Blir jag tillfrågad om jag vill donera ett organ och säger nej, men samtidigt är beredd att ta emot ett organ om jag skulle behöva ett, så är min hållning i strid med fair play. Rawls talar då om *free riders*, som alltså åker snålskjuts på att andra ställer upp. Fairness-principen kan också tillämpas i samband med att jag tillfrågas om att delta i ett forskningsprojekt eller vid den kliniska undervisningen av exempelvis läkarkandidater. Principen kan i det sistnämnda fallet säga att om jag är beredd att ta emot den behandling som en välutbildad och erfaren läkare kan ge, så bör jag också ställa upp i den kliniska undervisningen/träningen av en läkarstuderande. Den erfarna läkarens kompetens baseras ju på att det fanns patienter som tidigare ställt upp och deltagit i denna läkarens kliniska utbildning/träning. Om man i denna situation säger nej kan man uppfattas som en free rider. Man kan alltså ge skäl i termer av fairness för att det finns en moralisk skyldighet att ställa upp i den kliniska undervisningen av exempelvis läkarstuderande. Det kan dock finnas speciella skäl för att man ibland skulle vilja vara ensam med sin doktor, och både doktorn och den läkarstuderande vill sannolikt respektera ett sådant önskemål. Det finns dock en annan rättvisaspekt på denna problematik som rör uppdelningen mellan pri-

Jag skulle kunna tänka mig att ta emot en njure – men att donera en är jag tveksam till!



Organdonationens "free rider"

vat och offentlig vård. På privata mottagningar har man eller tar man mindre ofta ett sådant undervisningsansvar som man har på de flesta offentliga sjukvårdsinrättningar (inte bara universitetssjukhus). En patient som har råd att söka privat kan sålunda betala sig fri från denna sin moraliska skyldighet.

Fairness-begreppet rör ofta, precis som i spel, den procedur som leder till ett visst utfall. Tanken är då att om proceduren är rättvis, så är också det utfall som är ett resultat av proceduren rättvis. Så exempelvis om en fotbollsmatch eller ett lopp har gått just till och präglats av rent spel, så är resultatet rättvist oavsett vem som vann. Denna idé kommer ibland till uttryck i vårt vardagsmoraliska tänkande i procedurer som "först till kvarn får först mala" och "den som drar den vinnande lotten får vinsten". Barnkalasknepet att låta barnet som delar tårta välja bit sist är ett annat exempel. Då garanterar man ett utfall som på oberoende grunder kan ses som rättvist, nämligen ett jämlikt sådant. Denna typ av proceduriella fördelningsprinciper spelar en viss roll också inom vården, då principen om först till kvarn ibland tillämpas när behoven kan bedömas som likvärdiga, i exempelvis transplantationsköer. Vissa har också

argumenterat för att när det gäller organ, som vanligtvis inte kan delas, så borde alla ha samma chans som vid ett lotteri, vilket också är en form av proceduriell rättvisa som kan anses fair.

I Rawls teori spelar fairness en dubbel roll. Dels ska proceduren med vilken vi väljer rättvisepinciperna i ursprungspositionen (se *Rawls*) vara fair för att stärka utfallets rättvisa, vilket Rawls tillgodoser genom att anta att personerna i ursprungspositionen är opartiska genom att de inte känner till sina intressen och förutsättningar, dvs. om man kommer att vara rik/fattig, frisk/sjuk, ung/gammal, ha disposition för sjukdom eller inte etc. Så opartiskhet är en tolkning av fairness, vilket ska komma till uttryck i de regler som styr det offentliga. Dels ska tilldelandet av grundläggande resurser vara fair, så att alla har lika möjligheter att nå de gynnade positioner som innebär en fördelaktig fördelning av resurser. Det får konsekvensen att samhället och hälso- och sjukvården har särskilda förpliktelser att bistå dem med sämre möjligheter och att större behov bör gå före mindre. Den amerikanska moralfilosofen Norman Daniels har utvecklat vilka närmare konsekvenser Rawls teori har för fördelningen av vård – se vidare *jämlikhet*.

LITTERATUR: Daniels 1990, Rawls 1972.

Fakta är sakförhållanden (plural) och ett faktum är sålunda ett sakförhållande (singular), dvs. att något förhåller sig på ett visst sätt. Det finns en del filosofiska problem med fakta: Hur är det exempelvis med negationer eller "negativa fakta", exempelvis det faktum att Kungliga slottet inte är byggt av plast? Är det ett faktum eller frånvaron av ett faktum? Vidare, hur ska man räkna fakta: Är det faktum att Per har en syster, Pia, ett, två eller tre fakta dvs. att Pers föräldrar är A och B och att Pias föräldrar är A och B och kanske att A och B är samma personer?

Man brukar skilja mellan fakta och vetenskapliga teorier, som handlar om fakta. Ibland talar man kortfattat om vetenskapligt underbyggda fakta som vetenskapliga fakta. Det man menar då är inte att vissa sakförhållanden är klarlagda en gång för alla (se *fallibilism*), utan

Jag anser det vara ett vetenskapligt faktum att kvinnor är bättre än män – på att skala potatis!



Värdeimpregnerade fakta?

snarare talar man om den vetenskapligt underbyggda (eller *evidensbaserad*) kunskap som baseras på empiriska data och som accepterats av det vetenskapliga samhället eller *paradigmet*. Enligt vissa vetenskapsteoretiska traditioner (exempelvis den logiska *positivismen*) anses sådana fakta kunna rensas från värderingar. Fakta brukar kontrasteras mot värderingar, och det är mot bakgrund av en bedömning av fakta i kombination med en bedömning av värderingar och etiska principer, som man kan fatta ett välgrundat beslut. Det är emellertid inte uteslutet att det finns värdefakta som inte låter sig reduceras till naturliga fakta (se *moralisk realism*). Huruvida andra fakta kan anses vara värderingsfria eller värdeneutrala kan diskuteras. Numera brukar man acceptera att observation alltid är teori-impregnerad, och ibland försöker man framställa värderingar som om den var fakta, dvs. att fakta också ibland kan uppfattas som värdeimpregnerade (se *analys*). Det är emellertid inte uppenbart att det är fakta som är värdeimpregnerade. Eventuellt är det snarare så att vår uppfattning av vad som är fakta styrs av våra observationer och teorier och att dessa är värdeimpregnerade.

Diskussionen om relationen mellan fakta och värderingar går tillbaka till Hume som gjorde en klar uppdelning mellan fakta och värderingar. Värderingar och moraliska omdömen är enligt Hume uttryck för psykologiska reaktioner och psykologiska ställningstaganden. Den engelska moralfilosofen G.E. Moore vidareutvecklar Humes idéer och talar om det naturalistiska felslutet: Om man säger att ett uttalande om vad som är *rätt* betyder samma sak som ett uttalande om hur det *är*, gör man sig skyldig till det naturalistiska felslutet enligt Moore. Det uppfattas alltid som en öppen fråga om det som är också är rätt. Frågan skulle knappast anses vara öppen om orden betydde samma sak: vet man vad "ungkarl" betyder är det inte en öppen fråga om ungarlar är ogifta män. Detta liknar felslutet man gör enligt Hume om man går från det beskrivande är till det föreskrivande/preskriptiva *bör*. (Se *Humes lag* och *det naturalistiska felslutet*). Och frågan om att gå från "är" till "bör" är inom medicinen en diskussion som ibland kan kännas främmande eftersom evidensbaserad kunskap inom medicinen vanligtvis uppfattas som handlingsdirigerande. Ibland är kunskapen så handlingsdirigerande att patienten inte alltid hinner med och accepterar den föreskrivna behandlingen. Läkaren kan i sina rekommendationer ibland förefalla för föreskrivande eller direkt moraliserande, allt i sin strävan att göra gott. Dock kan man utifrån Humes lag konstatera följande: av det faktum att bäst evidens talar för att en viss behandling är mest effektiv för att åtgärda en viss sjukdom, följer inte att en viss patient som har sjukdomen bör genomgå behandlingen. Det kan finnas skäl som talar emot detta, exempelvis att patienten värderar något annat högre än att genomgå behandlingen ifråga. Ett visst mått av deskriptiv och positivistiskt inspirerad återhållsamhet skulle därmed ibland vara på sin plats och är också det som påverkat den *patientcentrerade medicinen*. Se också *kvalitativa och kvantitativa metoder*.

LITTERATUR: Brandt 1996, Johansson et al. 2008, Read 1999.

Faktiska intressen, se *aktör* och *aktörsintressen*.

Fallibilism innebär att forskaren utgår från att de resultat eller teorier han eller hon utvecklar i princip alltid är tentativa eller provisoriska, dvs. att kunskapen inte är absolut säkerställd för evig tid. Detta innebär inte att man inte kan eller bör hålla något för sant, och det innebär sålunda inte heller att man måste acceptera en relativistisk uppfattning av sanningen. Fallibilismen säger att vår kunskap är potentiellt felbar, så vi bör hålla det för sant som vi har bäst skäl att hålla för sant, men att vi samtidigt måste inse att det är möjligt att vi har fel. För att kunna ha fel måste det finnas något som är rätt (sant), så fallibilismen förutsätter i själva verket att det finns sanna påståenden. Fallibilismen baseras på det historiska faktum att vetenskapen har utvecklat sig och att det som vid en tidpunkt antogs vara sant vid en senare tidpunkt visade sig vara felaktigt eller inte helt korrekt – så vitt vi vet, bör tilläggas. Exempelvis atomteorin presenterades redan under antiken av Demokritos, visserligen i en primitiv form, men fick ge vika för Aristoteles världsbild. Den har emellertid uppstått i en modernare form under 1900-talet och ingår i den vetenskapliga världsbild som sedan 1600-talet ersatt Aristoteles. Så fallibilismen innebär också att vi måste vara öppna för möjligheten att på nytt omvärdera teorier vi ansett förkastade, om än förmodligen i reviderade former. Den moderna epigenetikens rön, som ger vid handen att förvärvade egenskaper kan ärvas, är ett exempel från medicinsk vetenskap på en teori om förvärvade egenskapers ärftlighet som ansetts vederlagd, men som återuppstått i ny form. Fallibilism är alltså ett uttryck för forskarens ödmjukhet inför framtiden.

Även inom etiken kan man tala om fallibilism, åtminstone i den omfattning som det finns en, av individernas egna normer och värderingar, oberoende moral som är giltig och som det går att ha fel i förhållande till. Om man accepterar en långtgående relativism eller subjektivism rörande moraliska omdömen

framstår fallibilismen inte meningsfull. Moralisk relativism eller subjektivism innebär att om man säger att något är moraliskt rätt är det liktydigt med att uttrycka att man gillar det. Eftersom man knappast kan ha fel om vad man gillar kan man enligt dessa synsätt inte ha fel i sina moralomdömen, och fallibilismen med avseende på moraliska omdömen blir därmed orimlig. Detsamma gäller om moraliska omdömen enbart är känslouttryck som helt saknar sanningsvärde (se *emotivism*). Men om en sådan relativism skulle vara allmänt gällande är det inte heller meningsfullt att diskutera moraliska frågor. Det är i alla fall inte mer meningsfullt än om två personer diskuterar om de gillar glass eller inte (annat än möjligtvis för att utöva påtryckning för att få någon annan att gilla samma saker som jag gör). Fallibilismen medför förmodligen en slags tolerans, att man är öppen för att man kan ha fel och någon annan rätt. Sedan är det ju uppenbart att människor har och har haft olika syn på vilka moraliska principer som väger tyngst. Under en tid vägdes ”*primum non nocere*” (icke skada)-principen tyngst, medan det i dag tycks vara en annan som dominerar, nämligen ”*primum non offendere*” med relation till *autonomiprincipen*. Till exempel har den engelska medicinetikern Raanan Gillon argumenterat för att bland likvärdiga principer prioritera autonomiprincipen. Även om man kan säga att det finns vissa principer eller riktlinjer som är mer eller mindre tids- och kulturoberoende, som exempelvis den *gyllene regeln*, så kan man också i princip uppfatta denna regel fallibilistiskt. Med andra ord innebär fallibilismen samma sak för moralen som vetenskapen. Bara för att en åsikt är mest allmänt spridd vid en viss tid, inklusive vår egen, behöver det inte innebära att det är den som är giltig eller ens rimligast.

LITTERATUR: Gillon 2003, Johansson et al. 2008.

Felsägning, se *Freudian slip of the tongue*.

Feministisk etik är ingen enhetlig etisk teori eller skolbildning, utan är en grupp etiska teorier som har det gemensamt att de hävdar att kvinnor är orättfärdigt underordnade i samhället. Underordningen förstås nästan alltid som att kvinnor har mindre samhällelig makt som grupp, dvs. att det råder en könsmakts- eller genusordning, vilket i sin tur är förenligt med att en hel del kvinnor i en hel del avseenden har mer makt än en hel del män. En del av denna underordning antas ofta grunda sig på att män är måttstocken eller normen och kvinnor undantaget: det finns idrott och damidrott, historia och kvinnohistoria osv. Detta sätt att tänka har en lång historia i filosofin: Det har funnits många fördomar om kvinnors förmåga att filosofera, från Aristoteles till Rousseau och Kant. De har på ett ofta fördomsfullt sätt pekat på att kvinnor i jämförelse med män inte kan tänka abstrakt, har svårt att resonera och mer känner, observerar och erfar. Ungefär här slutar enigheten. Det finns sedan inom feministisk etik många olika uppfattningar om vad underordningen består av, vad den beror på och hur den bör åtgärdas.

En grov förenkling ger dock två typer av feministisk etik: Den ena hävdar att traditionella etiska system i stort sett är hållbara och kan användas för att kritisera rådande genusordning. Sålunda finns det moderna exempel på framstående kvinnliga moralfilosofer som företräder både konsekvensetik (Kuhse och Purdy), pliktetik (Baron) och rättighetsetik (Thomson) samt en rad andra inriktningar, som relationell etik. Den vanligaste teorin av de traditionella som feministiska etiker brukar alliera sig med är dock dygdetiken. Detta eftersom dygdetiken ofta innehåller element som harmonierar väl med feministisk kritik av rådande läror (som vi snart ska se närmare). Dessa element är: partikularism (kritik av idén om universella normer), situationsetik (kritik av etiskt tänkande som tillämpande av universella normer på partikulära situationer), samt tonvikt på personliga motiv och personliga relationer snarare än allmängiltiga principer.

Den andra typen av feministisk etik utgår i

stället från att det finns ett eget kvinnligt etiskt tänkande som de traditionella moralfilosoferna inte kan integrera. Snarare bör detta tänkande uppvärderas. Väldigt få har dock försvarat idén om att mäns och kvinnors sätt skulle vara otillgängligt eller obegripligt för varandra, utan snarare menar man att det finns mer eller mindre stora gradskillnader som gör vissa sätt att tänka mer självklara eller ”naturliga” för män respektive kvinnor, samt att vi betraktar vissa sätt att tänka som mer manliga eller kvinnliga. Idén om att vissa sätt att tänka är medfödda innebär inte att andra sätt blir otillgängliga, men att de kanske blir svårare att lära sig. (Jämför med den ärftliga benägenheten att vara högerhänt, som inte utesluter att man kan lära sig att använda vänster hand lika bra). Dock har inte heller idén om att olika sätt att tänka moraliskt skulle vara medfödda särskilt många förespråkare inom den feministiska etiken. De två typerna av feministisk etik har därför lite att göra med frågan om eventuella skillnader skulle vara medfödda eller inte, dvs. den gamla feministiska diskussionen mellan särartsfeminister och likhetsfeminister.

Den andra typen av feministisk etik tar ofta sin utgångspunkt i den amerikanska psykologen Carol Gilligans försök med kvinnor och deras sätt att resonera kring etiska dilemman. Gilligan tog avstamp i sin lärares, Lawrence Kohlberg, undersökning av pojkar och deras *moraliska utveckling* från barn till unga vuxna. Gilligan upptäckte då att när hon använde Kohlbergs test så föreföll flickor att vara mindre moraliskt utvecklade än pojkar. Enligt Kohlbergs test nådde fler pojkar än flickor upp till den moraliska utvecklingens nivå 4-6, där man hänvisar till moraliska principer för att lösa etiska problem, t.ex. om det är rätt att stjäla medicin för att hjälpa en sjuk. Däremot ”stannade” fler flickor på nivå 3, där man hänvisar till personliga relationer och sociala roller. I stället för att hänvisa till principer för att lösa konflikter ville flickor i högre utsträckning lösa problemen genom att ändra fallet de ställdes inför: ”Kan man inte prata med läkaren som man ska stjäla från, så kanske han ger bort medicinen?” Uttalat i

Kohlbergs teori om moralisk utveckling låg förstås en värdering, som handlade om att de högre nivåerna av moraliskt tänkande var bättre än de lägre. Det var mot denna bakgrund hon utvecklade en teori som tog hänsyn till flickors speciella sätt att diskutera etik, vilket kom att handla mer om vård och ansvar i personliga relationer. I centrum för kvinnors moraliska utveckling finns alltså egenskapen att bry sig om relationer och ömsesidigt ansvar och det speciella psykologiska sammanhanget man befinner sig i. I motsättning till mäns tendens att hänvisa till abstrakta resonemang och generella principer fokuserar, enligt Gilligan, kvinnor på konkreta situationer, sammanhang och intar ett vårdande perspektiv. Gilligan menade inte att denna skillnad behövde vara medfödd, utan snarare beror det på att en överväldigande andel av omsorgsarbetet i samhället, både betalt och obetalt, utförs av kvinnor och att flickor tidigt skolas för att ta över detta ansvar. Tanken är att detta vårdande perspektiv inte är sämre, bara annorlunda, eller som Gilligan döpte sin bok om detta till, *In a Different Voice*.

Detta vårdande perspektiv har av senare feministiska moralfilosofier utvecklats till en omsorgsetik som inte enbart berör dem som jobbar inom sjukvården. Denna etik utgår från att grunden till vårt moraliska ansvar för andra är vår relation till den vi förväntas ta hand om. Man kan exempelvis inte ha en vårdande inställning eller förhållningssätt till generella orättvisor i samhället. Har man en vårdande inställning så har man enligt den feministiska moralfilosofen Nel Nodding en speciell förmåga att på ett ansvarsfullt sätt lösa praktiska problem. Omsorgsetik brukar också innefatta kravet på en speciell understödande och öppen samtalsmiljö så att man kan lyssna respektfullt till den andra människans behov. Detta lyfts fram av bland annat den feministiska filosofen Alison Jagger som talar om ”Feminist Practical Discourse” som ska ses i motsättning till det ifrågasättande, fientliga och destruktiva samtalen och samtalsmiljön. De personliga relationerna blir alltså helt avgörande för ens förpliktelser och ansvar, vilket kan bli ett problem

inom sjukvården där man ju ibland även får ta hand om patienter som man inte nödvändigtvis tycker om. Inom sjukvården krävs det ibland en mer universell etik för att inse att man även har en plikt att ta hand om alla patienter med medicinska behov, även sådana som det kanske omedelbart bjuder emot att hjälpa. Se *Kants pliktetik, moralisk utveckling och relationsetik*.

Frågan kvarstår alltså för omsorgsetiken om vilken plats detta sätt att tänka och förhålla sig bör inta. Om personliga och omvårdande relationer är grunden för moralen, vilken moralisk status får de som man inte har någon personlig relation till? Hur blir det med våra förpliktelser mot svältande i tredje världen, djur eller framtida generationer? Vilka nära relationer bör man utveckla av dem man kan utveckla? Mycket av feministisk etik har handlat om att kvinnor inte ges samma möjligheter till personlig utveckling som män, dvs. om omsorgen om andra är det som ska vara vägledande, riskerar inte det att bli kvävande för både en själv och andra? För att möta dessa utmaningar finns i dag en uppsjö av feministiska etiker som försöker säga något om rättvisans och autonomins plats i etiken, utöver omsorgen. Frågan om de traditionella etikernas roll i feministisk etik är därmed långt från avgjord.

När vi talar om godhetsprincipen eller principen att göra gott inom sjukvården så finns det flera perspektiv, både i relation till den konkreta patienten vi har framför oss, men även inför framtida okända patienter samt ibland till stora grupper av patienter exempelvis när vi ska prioritera. En vårdande inställning innebär alltså ett mer fokuserat perspektiv, kanske likt det hippokratiska, som enbart berör den aktuella patient man har framför sig. Det är speciellt inom omvårdnadsforskningen som begreppet vårdande inställning (caring attitudes) har vunnit inpass.

Även om man inte kan säga att feministisk etik är vare sig speciellt dygdsetisk, konsekvensetisk, pliktetisk eller rättighetsetisk, finns det en intressant rättighetsetisk argumentation för att en kvinna själv ska bestämma över sin kropp då det gäller graviditet och abort, nämligen Ju-

dith Jarvis Thomsons tankeexperiment: Hr A vaknar upp en morgon i en sjukhussäng och finner sig operativt sammankopplad med en för honom okänd annan och medvetlös man, hr B, som ligger i en säng intill. Det visar sig att hr A blivit kidnappad under natten av Violinistälskarnas riksförbund. Hr B är nämligen en berömd violinist, och det enda sättet för honom att överleva är genom att vara uppkopplad mot hr A:s blodsystem, så hr A:s njurar kan rena hr B:s blod. Hr A får reda på att om han ber läkarna om att koppla honom fri från hr B så kommer de förstås att göra så, men då ska han också veta att det medför att hr B kommer att avlida. Hr A får också reda på att om han kan tänka sig att ställa upp så kan han räkna med att det är en tidsbegränsad åtgärd på nio månader som gäller, vilket är den tid man räknar med att det tar för B att tillfriskna. Hur skulle vi reagera inför ett sådant scenario? Ja, de flesta skulle nog säga att det förstås vore fint och helt acceptabelt om hr A ställde upp och höll hr B vid liv i nio månader, men att hr A inte har någon moralisk skyldighet att göra det, utan han är i sin fulla rätt att resa sig och gå därifrån, även om det innebär att hr B inte klarar sig. Analogt: ett foster har ingen rätt att kräva att den gravida kvinnan ställer sin kropp till förfogande. Situationen är förstås analog med en graviditet, och det är oberoende av om graviditeten är ett resultat av våldtäkt, slarv med preventivmedel eller oförsiktighet. Om hr A hade råkat svimma bredvid hr B med insikt om att han eventuellt kunde bli uppkopplad och blev uppkopplad är det svårt att se att det skulle göra någon skillnad. På samma sätt som hr A har rätt att be om att bli bortkopplad från hr B, så har kvinnan också rätt att begära abort i alla fall fram tills dess att fostret kan förväntas leva utanför kvinnans kropp, menar alltså rättighetsetikern. Se *rättighetsetik och moralisk utveckling*.

I allmänhet har feminister från olika utgångspunkter tagit en alltmer omfattande del av den bioetiska diskussionen. Även om fokus har legat på etiska problem som är särskilt förbundna med kvinnokroppen och därmed i första hand reproduktion, abort, assisterad befruktning,

fosterdiagnostik med mera, så har feministiska filosofer också intresserat sig för andra frågor, som resursfördelning och forskningsetik. Se vidare *rättighetsetik* och *moralisk utveckling*.

LITTERATUR: Benhabib 1992, Jagger et al. 1998, Gilligan 2001, Kuhse 1999, Thomson 1971.

Fenomenalism är en uppfattning som säger

att allt kan reduceras till fenomen, dvs. sådant som är omedelbart givet för oss i vår erfarenhet eller förnimmelse, ibland kallat för sinnesdata. Fenomenalismen kan tolkas som idén om att vi enbart kan få kunskap om förnimbara företeelser. Denna typ av fenomenalism ingår vanligen i beskrivningen av positivismen med sitt tydliga fokus på fenomen, observation och korrelationer. I den logiska positivismen ingick ibland den besläktade idén om att alla påståenden om materiella ting kan reduceras till påståenden om sinnesdata. Påståenden som varken handlar om våra erfarenheter eller är *analytiska påståenden* ansågs meningslösa. Ibland förstås också fenomenalism som påståendet att världen inte består av att annat än fenomen. Exempelvis filosofen Berkeley sade: ”Att vara är att förnimmas”. Inom medicinen kommer fenomenalismen till uttryck i sammanhang där man betonar symtom och symtomdiagnoser som exempelvis inom *homeopatin*. Fenomenalism kan också ses i motsats till essentialism där intresset för väsendet eller fenomenens essens är i fokus. Fenomenalism ska inte förväxlas med *fenomenologi* som är något helt annat.

LITTERATUR: Van Inwagen 2002.

Fenomenologi är läran om undersökningen av

medvetandets föremål, s.k. erfarenhetsobjekt. Det är framför allt med den tyska filosofen Edmund Husserl (1859–1938) som fenomenologin tar form. Enligt Husserl är fenomenologin läran om hur man med hjälp av erfarenheten kan undersöka vad någonting (ett fenomen kan till exempel vara en sjukdom) egentligen är som erfarenhetsobjekt. En fenomenologisk analys utgörs då av en undersökning av vilka egenskaper man kräver att ett sådant objekt

ska ha för att alls vara ett objekt av detta slag, dvs. analysen ska ange nödvändiga villkor, som tillsammans är tillräckliga, för att kunna bestämma ett fenomenens väsen/essens. Husserl tog som sin utgångspunkt att medvetandet alltid är riktat eller intentionalt, dvs. medvetandet är alltid ett medvetande om något. Han menade att man kan studera medvetandets föremål utan att ta ställning till frågan om föremålen ifråga existerar oberoende av medvetandet eller inte. Fenomenologin är en av humanvetenskapernas försök att metodiskt studera exempelvis mänskliga egenskaper och få en djupare förståelse av vad det innebär att vara en människa. Husserls projekt var bland annat en uppgörelse med David Humes psykologisering av kunskapsteorin och ett försök att skapa ett mer stabilt empiriskt underlag för kunskapsproduktion. Flera filosofer, exempelvis Martin Heidegger, står på Husserls axlar och vidareutvecklar fenomenologin. Enligt Heidegger kan vi dock inte bortse från att vi redan är i världen när vi granskar fenomenen. Hans Georg Gadamer är en annan arvtagare i denna tradition, dock på så sätt att den fenomenologiska ansatsen kombineras med hermeneutiska. Se vidare *hermeneutik* och *metaforer*.

Man kan till exempel enligt en fenomenologisk ansats studera vilka sjukdomsmetaforer som används både inom sjukvården och utanför, och därmed få en bättre förståelse av vad det handlar om. Enligt den svenska filosofen Fredrik Svenaeus måste vi beakta både de biologiska/fysiologiska, de upplevelsebaserade/fenomenologiska och de språkligt/kulturella metaforerna som dock oftast är integrerade. Att tillämpa en helhetssyn på patienten är att beakta alla dessa aspekter, och enligt ett patientcentrerat arbetssätt fokuserar man just på det upplevelsebaserade utan att missa de patofysiologiska aspekterna. Sätten att namnge och klassificera sjukdomar kan vara mer eller mindre tidstyppiska: exempelvis neurasteni, soldiers' disease, yuppiesjuka eller utbrändhet som kanske täcker över likartade mänskliga reaktioner på extrem stress. Men tänk bara på vad benämningen utbrändhet kan sätta igång för tankar hos den patient som drabbas av detta tillstånd. Är man

utbränd så finns ingenting att restaurera/rehabilitera eller behandla, utan man måste bygga upp något helt nytt.

Enligt Svenaeus är sjukdomar bärare av betydelse/mening även om det inte finns någon högre mening, exempelvis Guds straff. Konsekvenserna av sjukdom är sålunda inte enbart medicinska, utan det finns också kulturella, idéhistoriska och sociala/ekonomiska aspekter som är nog så viktiga för både patienten, sjukvården och samhället. Den fenomenologiska analysen av sjukdom fokuserar därmed också på upplevelsen av att vara sjuk ("illness") och inte bara de fysiska symtomen eller orsakerna ("disease"). Enligt Svenaeus handlar sjukdom i första hand om att inte känna sig hemma i tillvaron, dvs. ett brott i förståelsen av den egna kroppen och situationen. Som frisk tänker man inte på sin kropp eller situation särskilt mycket, utan allt flyter på. Man säger "Hälsan tiger still". Ohälsa och sjukdom karaktäriseras alltså av en upplevd brist på flyt. Teorin fångar den ofta negligerade upplevelsemässiga sidan av sjukdom, men riskerar att bli för vid då många tillstånd som vi inte anser vara sjukliga karaktäriseras av brist på upplevt sammanhang och flyt, exempelvis den känsla av hemlöshet och meningslöshet som kan drabba en individ vid upprivande händelser som arbetslöshet, skilsmässa eller en närståendes död.

LITTERATUR: Bjurwill 1995, Jensen et al. 1976, Svenaeus 2003.

FN:s allmänna förklaring om mänskliga rättigheter formulerades efter andra världskriget 1948 och antogs av generalförsamlingen: 48 länder röstade för, ingen emot medan åtta länder avstod från att rösta. Deklarationen innehåller en ingress och 30 artiklar (enligt svenska utrikesministeriets översättning): **Eftersom** erkännandet av det inneboende värdet hos alla som tillhör människosläktet och av deras lika och obestridliga rättigheter är grundvalen för frihet, rättvisa och fred i världen, **eftersom** ringaktning och förakt för de mänskliga rättigheterna har lett till barbariska gärningar som har upprört mänsklighetens samvete, och

då skapandet av en värld där människorna åtnjuter yttrandefrihet, trosfrihet och frihet från fruktan och nöd har tillkännagivits som folkens högsta strävan, **eftersom** det är väsentligt för att människorna inte som en sista utväg skall tvingas att tillgripa uppror mot tyranni och förtryck att de mänskliga rättigheterna skyddas genom rättsstatens principer, **eftersom** det är väsentligt att främja utvecklingen av vänskapliga förbindelser mellan nationerna, **eftersom** Förenta nationernas folk i stadgan åter har bekräftat sin tro på de grundläggande mänskliga rättigheterna, den enskilda människans värdighet och värde samt mäns och kvinnors lika rättigheter och har beslutat att främja sociala framsteg och bättre levnadsvillkor under större frihet, **eftersom** medlemsstaterna har åtagit sig att i samverkan med Förenta nationerna säkerställa en allmän och faktisk respekt för och efterlevnad av de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, **eftersom** en gemensam uppfattning om innebörden av dessa rättigheter och friheter är av största betydelse för att uppfylla detta åtagande, tillkännager generalförsamlingen denna allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna som en gemensam norm för alla folk och nationer i syfte att alla människor och samhällsorgan med denna förklaring i ständig åtanke skall sträva efter att genom undervisning och utbildning främja respekten för dessa rättigheter och friheter samt genom progressiva åtgärder, både nationellt och internationellt, se till att de erkänns och tillämpas allmänt och effektivt både bland folken i medlemsstaterna och bland folken i områden som står under deras jurisdiktion.

Artikel 1. Alla människor är födda fria och lika i värde och rättigheter. De har utrustats med förnuft och samvete och bör handla gentemot varandra i en anda av gemenskap. **Artikel 2.** Var och en är berättigad till alla de rättigheter och friheter som uttalas i denna förklaring utan åtskillnad av något slag, såsom på grund av ras, hudfärg, kön, språk, religion, politisk eller annan uppfattning, nationellt eller socialt ursprung, egendom, börd eller ställning i övrigt. Ingen åtskillnad får heller göras på grund av den

politiska, rättsliga eller internationella status som råder i det land eller det område som en person tillhör, vare sig detta land eller område är oberoende, står under förvaltarens skap, är icke-självstyrande eller är underkastat någon annan begränsning av sin suveränitet. **Artikel 3.** Var och en har rätt till liv, frihet och personlig säkerhet. **Artikel 4.** Ingen får hållas i slaveri eller träl-dom; slaveri och slavhandel i alla dess former skall vara förbjudna. **Artikel 5.** Ingen får utsättas för tortyr eller grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. **Artikel 6.** Var och en har rätt att överallt erkännas som en person i lagens mening. **Artikel 7.** Alla är lika inför lagen och är berättigade till samma skydd av lagen utan diskriminering av något slag. Alla är berättigade till samma skydd mot alla former av diskriminering som strider mot denna förklaring och mot varje anstiftan till sådan diskriminering. **Artikel 8.** Var och en har rätt till verklig hjälp från sitt lands nationella domstolar mot handlingar som kränker hans eller hennes grundläggande rättigheter enligt lag eller författning. **Artikel 9.** Ingen får godtyckligt anhållas, hållas fängslad eller landsförvisas. **Artikel 10.** Var och en är på samma villkor berättigad till en rättvis och offentlig förhandling vid en oberoende och opartisk domstol vid prövningen av hans eller hennes rättigheter och skyldigheter och av varje anklagelse om brott mot honom eller henne. **Artikel 11.** Var och en som är anklagad för brott har rätt att betraktas som oskyldig tills dess att hans eller hennes skuld lagligen har fastställts vid en offentlig rättegång, där personen åtnjuter alla rättssäkerhetsgarantier som behövs för hans eller hennes försvar. Ingen får fällas till ansvar för en gärning eller underlåtenhet som inte utgjorde ett brott enligt nationell eller internationell lag vid den tidpunkt då den begicks. Det får inte heller utmätas strängare straff än vad som var tillämpligt vid den tidpunkt brottet begicks. **Artikel 12.** Ingen får utsättas för godtyckligt ingripande i fråga om privatliv, familj, hem eller korrespondens och inte heller för angrepp på sin heder eller sitt anseende. Var och en har rätt till lagens skydd mot sådana ingripanden och angrepp.

Artikel 13. Var och en har rätt att fritt förflytta sig och välja bostadsort inom varje stats gränser. Var och en har rätt att lämna varje land, även sitt eget, och att återvända till sitt land. **Artikel 14.** Var och en har rätt att i andra länder söka och åtnjuta asyl från förföljelse. Denna rätt får inte åberopas vid rättsliga åtgärder som genuint grundas på icke-politiska brott eller på gärningar som strider mot Förenta nationernas ändamål och grundsats. **Artikel 15.** Var och en har rätt till en nationalitet. Ingen får godtyckligt fråntas sin nationalitet eller nekas rätten att ändra nationalitet. **Artikel 16.** Fullvuxna män och kvinnor har rätt att utan någon inskränkning med avseende på ras, nationalitet eller religion ingå äktenskap och bilda familj. Män och kvinnor skall ha samma rättigheter i fråga om äktenskaps ingående, under äktenskapet och vid dess upplösning. Äktenskap får endast ingås med de blivande makarnas fria och fulla samtycke. Familjen är den naturliga och grundläggande enheten i samhället och har rätt till samhällets och statens skydd. **Artikel 17.** Var och en har rätt att äga egendom, både enskilt och tillsammans med andra. Ingen får godtyckligt fråntas sin egendom. **Artikel 18.** Var och en har rätt till tankefrihet, samvetsfrihet och religionsfrihet. Denna rätt innefattar frihet att byta religion och trosuppfattning och att, ensam eller i gemenskap med andra, offentligen eller enskilt, utöva sin religion eller trosuppfattning genom undervisning, andaktsutövning, gudstjänst och religiösa sedvänjor. **Artikel 19.** Var och en har rätt till åsiktsfrihet och yttrandefrihet. Denna rätt innefattar frihet att utan ingripande hysa åsikter samt söka, ta emot och sprida information och idéer med hjälp av alla uttrycksmedel och oberoende av gränser. **Artikel 20.** Var och en har rätt till frihet i fråga om fredliga möten och sammanslutningar. Ingen får tvingas att tillhöra en sammanslutning. **Artikel 21.** Var och en har rätt att delta i sitt lands styre, direkt eller genom fritt valda ombud. Var och en har rätt till lika tillträde till offentlig tjänst i sitt land. Folkets vilja skall utgöra grundvalen för statsmakternas myndighet. Folkviljan skall uttryckas i periodiska och verkliga val, som skall genom-

föras med tillämpning av allmän och lika rösträtt och hemlig röstning eller ett likvärdigt fritt röstförfarande. **Artikel 22.** Var och en har, i egenskap av samhällsmedlem, rätt till social trygghet, och är berättigad till att de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter som krävs för hävdandet av hans eller hennes människovärde och utvecklingen av hans eller hennes personlighet, förverkligas genom nationella åtgärder och mellanfolkligt samarbete i enlighet med varje stats organisation och resurser. **Artikel 23.** Var och en har rätt till arbete, fritt val av sysselsättning, rättvisa och tillfredsställande arbetsförhållanden samt till skydd mot arbetslöshet. Var och en har utan diskriminering rätt till lika lön för lika arbete. Var och en som arbetar har rätt till en rättvis och tillfredsställande ersättning som ger honom eller henne och hans eller hennes familj en människovärdig tillvaro och som vid behov kan kompletteras med andra medel för socialt skydd. Var och en har rätt att bilda och ansluta sig till fackföreningar för att värna sina intressen. **Artikel 24.** Var och en har rätt till vila och fritid, innefattande skälig begränsning av arbetstiden samt regelbunden betald ledighet. **Artikel 25.** Var och en har rätt till en levnadsstandard tillräcklig för den egna och familjens hälsa och välbefinnande, inklusive mat, kläder, bostad, hälsovård och nödvändiga sociala tjänster samt rätt till trygghet i händelse av arbetslöshet, sjukdom, invaliditet, makas eller makes död, ålderdom eller annan förlust av försörjning under omständigheter utanför hans eller hennes kontroll. Mödrar och barn är berättigade till särskild omvårdnad och hjälp. Alla barn skall åtnjuta samma sociala skydd, vare sig de är födda inom eller utom äktenskapet. **Artikel 26.** Var och en har rätt till utbildning. Utbildningen skall vara kostnadsfri, åtminstone på de elementära och grundläggande stadierna. Den elementära utbildningen skall vara obligatorisk. Yrkesutbildning och teknisk utbildning skall vara tillgänglig för alla. Den högre utbildningen skall vara öppen för alla med hänsyn till deras förmåga. Utbildningen skall syfta till att utveckla personligheten till fullo och till att stärka respekten för de mänskliga rättigheterna

och de grundläggande friheterna. Utbildningen skall också främja förståelse, tolerans och vänskap mellan alla nationer, rasgrupper och religiösa grupper samt främja Förenta nationernas verksamhet för fredens bevarande. Rätten att välja utbildning för barnen tillkommer i första hand deras föräldrar. **Artikel 27.** Var och en har rätt att fritt delta i samhällets kulturella liv, att njuta av konst samt att få ta del av vetenskapens framsteg och dess förmåner. Var och en har rätt till skydd för de ideella och materiella intressen som härrör från vetenskapliga, litterära och konstnärliga verk till vilka han eller hon är upphovsman. **Artikel 28.** Var och en har rätt till ett socialt och internationellt system där de rättigheter och friheter som behandlas i denna förklaring till fullo kan förverkligas. **Artikel 29.** Var och en har plikter mot samhället, i vilket den fria och fullständiga utvecklingen av hans eller hennes personlighet ensamt är möjlig. Vid utövandet av sina rättigheter och friheter får en person endast underkastas sådana inskränkningar som har fastställts i lag och enbart i syfte att trygga tillbörlig hänsyn till och respekt för andras rättigheter och friheter samt för att tillgodose ett demokratiskt samhälles berättigade krav på moral, allmän ordning och allmän välfärd. Dessa rättigheter och friheter får inte utövas på ett sätt som är oförenligt med Förenta nationernas ändamål och grundsats. **Artikel 30.** Ingenting i denna förklaring får tolkas som att det innebär en rätt för en stat, en grupp eller en enskild person att ägna sig åt en verksamhet eller att utföra en handling som syftar till att omintetgöra någon av de rättigheter eller friheter som anges i förklaringen.

FN-konventionen om barnets rättigheter antogs av FN:s generalförsamling år 1989 efter många års opinionsarbete och diskussioner med bland annat frivilligorganisationer inför starten av det Internationella barnåret 1979. Konventionen fastslår att barnets rättigheter är universella, att barn har egna rättigheter och människovärde, men också att barn har speciella behov av skydd och stöd. För att den skulle träda i kraft krävdes att 20 länder

ratificerade/band sig till konventionen och det skedde redan första året.

Barnkonventionen innehåller 54 artiklar och den bärande tanken är principen om barnets bästa. Här läggs stor vikt vid barnets grundläggande behov, inte minst rätten till hälsovård. Sakartiklarna täcker alla typer av mänskliga rättigheter, såväl medborgerliga och politiska, som ekonomiska, sociala och kulturella. Sakartiklarna rör också rätten att få sina basbehov tillgodosedda; rätten till skydd mot utnyttjande och diskriminering och rätten till medinflytande genom att få uttrycka sin åsikt och få den respekterad.

Konventionsstaterna ska kontinuerligt lämna rapporter till en övervakningskommitté om vad de gjort för att tillgodose barns rättigheter. FN-kommittén granskar, kritiserar och ger förslag till regeringarna i syfte att förbättra villkoren och respekten för barns rättigheter.

I dag har 193 stater, alla utom USA och Somalia, ratificerat konventionen. I Sverige ratificerade riksdagen konventionen år 1990. Konventionen har under de senaste åren aktualiserats och använts som argument för att ge vård till barn till föräldrar utan uppehållstillstånd eller papperslösa.

LITTERATUR: UNICEF 2007.

Foot, Philippa (1920–) är en engelsk moralfilosof som bland annat har nyanserat den kantianska pliketikerna på så sätt att hon i stället för att tala om absoluta eller kategoriska imperativ gör en distinktion mellan hypotetiska och non-hypotetiska. Hon anser att de hypotetiska imperativen är mer eller mindre egoistiskt motiverade och att de non-hypotetiska inte tjänar egna intressen. Genom sin distinktion kom hon att i de non-hypotetiska imperativen inbegripa både de objektiva imperativ, som är rationellt och universalistiskt baserade överväganden, och överväganden som inte har denna karaktär men mer liknar yrkesetiska regler (eller klubbregler) som den enskilda medlemmen inte direkt har något gagn av att följa, kanske tvärtom.

LITTERATUR: Foot 1972 samt 1978.

Forskningsetik inom det medicinska området rör sig i spänningsområdet mellan två poler:

- 1) ambitionen att utveckla ny medicinsk kunskap som kan befrämja hälsa och minska människors lidande. Man kan alltså tala om att det finns en moralisk skyldighet eller plikt att bedriva medicinsk forskning, vilket är i överensstämmelse med *göra gott-principen*, och,
- 2) hänsynen till patienters och försökspersoners säkerhet och att all deras medverkan sker frivilligt efter att de har fått adekvat information (se *Informerat samtycke* och *Autonomiprincipen*). Också inom forskningsetiken väcks frågor om vad som är den mest försvarbara underbyggnaden till de forskningsetiska riktlinjer som finns (se t.ex. *Helsingforsdeklarationen*). Exempelvis har det diskuterats om inte *konsekvensetiken* ger för stort utrymme för 1) i förhållande till 2).

I forskningsetiken ingår också frågor om forskarens moral och benägenhet att avvika från god forskningssed, dvs. forskningsfusk. Den vetenskapsteoretiska diskussionen om vad som är god normalvetenskap och vad som är mindre god eller rentav dålig forskning gränsar till frågan om vad som ska klassificeras som *forskningssed*. Se också *forskningsprincipen*.

LITTERATUR: Helgesson 2006, Forsman 1997, Lynöe 1999.

Forskningsetikkommitté (FEK) var föregångaren till de nuvarande *etikprövningsnämnderna* som ersatte de förstnämnda FEK år 2004. I Sverige tillkom den första FEK:en redan 1966 vid Karolinska Institutet (KI). Den var då sammansatt av forskarkollegor från KI. År 1974 fanns det FEK:er vid samtliga medicinska fakulteter i Sverige.

Enligt *Helsingforsdeklarationen* från 1975 och framåt hänvisas man till oberoende kommittéer som ska bedöma forskningen och det är dessa kommittéer som senare utvecklats till forskningsetikkommittéer och numera etikprövningsnämnder. FEK:erna bestod till en början enbart av representanter från forskarsamhället.

Så småningom tillkom en representant från allmänheten och innan övergången till det nya etikkommittésystemet inbegrep alla kommittéer, utom FEK:en i Örebro, två representanter från allmänheten. I Örebro utgjordes FEK:en av hälften forskare och hälften representanter från allmänheten, från sistnämnda grupp valdes också ordförande. Detta i likhet med hur det är i en del andra länder. Arbetet i FEK:erna var i praktiken reglerat av Helsingforsdeklarationen och andra relevanta riktlinjer. I dag finns en speciell lagstiftning som reglerar *etikprövningsnämndernas* verksamhet och sammansättning.

Forskningsetiska skandaler är sådana som antingen av sin samtid eller senare har uppfattats som etiskt kontroversiella och ofta lett till forskningsetiska regleringar och riktlinjer. Se tabellen på nästa sida.

Som det framgår finns det vid nästan varje utarbetad riktlinje en händelse dessförinnan som bidragit till utvecklingen av riktlinjerna i fråga. Även om det inte går att belägga finns det anledning att anta att även den hippokratiska eden har utformats som en respons på vissa händelser. Man kan spåra en tydligt defensiv ton i eden. Varför ska det exempelvis vara nödvändigt att ange att en god läkare håller sig från könsligt umgänge med kvinnor och män, såväl fria som slavar, i de hus där läkaren besöker en sjuk? Även Genève-deklarationen från 1948 kan ses som ett resultat av erfarenheterna av läkares medverkan i oetiska handlingar under Hitler-tyskland, exempelvis *eutanasi*-projektet.

LITTERATUR: Annas et al. 1992, Katz 1973, Lynöe 1999, Petersson 1994.

Forskningssed kan definieras brett eller snävt och därmed komma att inkludera fler eller färre situationer. I Sverige har man inom det medicinska området definierat forskningssed som avsiktlig förvrängning av forskningsprocessen genom bedrägliga handlingar som faller inom en eller flera av följande kategorier:

- Fabricering av data.
- Stöld eller plagiering av data, exempelvis hypoteser eller metoder från annan forsk-

Nedanstående tabell visar olika forskningsetiskt kontroversiella händelser och samtids eller eftertidens reaktioner.

Händelser	Reaktioner
Edward Jenners smittkoppsexperiment 1796 med en åttaårig pojke som försöksperson	Ingen reaktion den gången
Kontroverser mellan farmaceuter, kirurger och medicinare i Manchester 1799	Percival's Code 1803
Gerhard Amauer Hansens lepraexperiment 1878	Domstolsbeslut i Bergen 1880
Albert Neissers syfilisexperiment 1898 (serumbehandling av prostituerade)	Direktiv från Preussisk minister år 1900 och Molls redovisning av 600 fall av oetisk forskning 1902
Fletchers Beriberi-experiment i Kuala Lumpur 1905–1906	Ingen reaktion den gången
Vaccinationsexperiment om tuberkulos 1927 (många barn i Lübeck dog)	Reichsrundschreiben mit richtlinien 1931
Brandts m.fl. medicinska experiment i koncentrationslägret Dachau 1942–45	Nürnberggrättegången och Nürnberg-koden 1947
Kariesexperiment på Vipeholms-anstalten 1946	Vissa reaktioner på 1950-talet, men flera under 1990-talet
Willowbrooks hepatitexperiment och kontroversiella studier under 1950-talet	Henry Beechers whistleblower-artikel 1966 samt CIOMS-riktlinjer 1982
Nazistiska koncentrationslägerexperiment + The Jewish Chronic Disease Case 1962	Helsingforsdeklarationen från 1964
Experiment med fångar i USA 1944–1974	"Special guidelines" 1973
Tuskegee syphilis study 1932–72	U.S. National Research Act 1974, Belmont Report 1979, samt Helsingforsdeklarationen 1975
Metropolit-studien 1986	Etiska riktlinjer för epidemiologisk forskning 1994
Strålexperiment i USA 1943–1974	Ingen reaktion då men blev återupptäckt i början av 1990-talet och resulterade 1996 i omfattande rapport
Fall av oredlighet i forskning och behov att anpassa internationella regelverk till Sverige	Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning 1996
HIV-vaccinationsexperiment i Afrika och Asien 1997	Helsingforsdeklarationen 2000
Bör studier genomföras primärt som placebokontrollerade eller är det oetiskt när det finns en redan effektiv medicin?	Helsingforsdeklarationen 2008

res manuskript, ansökningshandlingar eller publikation utan att ange källa.

- Förvrängning av forskningsprocessen på annat sätt, exempelvis genom felaktig användning av metodik, genom ohederlig inklusion eller exklusion av data, genom bedräglig analys av data som avsiktligt förvränger tolkningen eller genom ohederlighet mot anslagsgivare.

Det centrala i denna definition är att det ska finnas en avsikt, och ordet bedrägeri och ohederlighet lyfts fram flera gånger. Den som fuskar inom forskningen måste alltså enligt denna definition vara medveten om att han/hon fuskar för att man ska kunna tala om fusk. Problemet är då att det kan vara svårt att fastställa om det funnits en avsikt att förvränga. Bevisbördan blir svår och det är kanske också en anledning till att det är svårt att anmäla misstänkta fall av fusk med mindre än att det är helt uppenbart. Det finns emellertid också en gråzon mellan uppenbart forskningsfusk och dålig forskning. Eftersom det antagligen, trots prestigeförlust, känns bättre att bli anklagad för att ha bedrivit dålig forskning, medger en forskare nog detta snarare än medger att han/hon avsiktligt har förvrängt forskningsprocessen. Se *dålig forskning*.

Vetenskapsrådet i Sverige har dock rekommenderat att när en expertgrupp ska bedöma huruvida ett förfarande är forskningsfusk eller inte får man inte ta hänsyn till om det kan finnas en avsikt eller inte. Motivet med detta är att man inte vill att expertgruppen ska föregripa eventuell disciplinåtgärd (se <http://www.codex.vr.se/oversikter/etik/oredlighet.html>). År 2009 planerar man att inrätta en speciell instans/myndighet som ska kunna handlägga fall av misstänkt fusk. Tidigare har det enbart varit rektorn för ett universitet som har haft möjlighet att begära granskning av en expertgrupp inom Vetenskapsrådet vad det aktuella universitetet ansåg vara fusk.

I USA och vissa andra länder tillämpar man en bredare definition där man bland annat hänvisar till avvikelser från vad som av det vetenskapliga samhället (paradigmet) anses vara adekvata metoder: "Misconduct or misconduct

in science means fabrication, falsification, plagiarism, or other practices that seriously deviate from those that are commonly accepted within the scientific community for proposing, conducting, and reporting research. It does not include honest error or honest differences in interpretations or judgements of data." Man talar om OSD-klausulen.

Definitionens hänvisning till den vetenskapliga miljöns (paradigmets) uppfattning har kritiserats därför att den skulle kunna motverka nytänkande och kreativitet om man nu skulle komma på att använda okonventionella metoder. Efter en genomgång av Louis Pasteurs loggböcker är det i dag känt att han fuskade. Men det var inte därför att han tänkte nya tankar och introducerade det mikrobiologiska paradigmet, utan det var för att han ljög om vilket vaccin han hade använt i samband med den första introduktionen av sitt mjältbrandsvaccin.

Det kan också finnas en tendens att efterrationalisera och utdöma ett förlorande paradigms företrädare som fuskare. Men det är inte troligt att en person som René Blondlot, som ansåg sig ha upptäckt N-strålarna (som dock sedan visade sig vara en sorts vetenskaplig placeboeffekt) 1902 medvetet skulle ha fuskat. Han själv, den franska vetenskapen och hela den franska nationen ville så gärna att N-strålarna skulle finnas, och när nu tysken Alfred Röntgen några år tidigare hade upptäckt X-strålarna, varför skulle det då inte vara möjligt att föreställa sig existensen av även N-strålar? I Frankrike uppstod sålunda under ett helt decennium forskning kring N-strålarna och det skrevs många vetenskapliga artiklar om fenomenet. Var det fusk eller kanske snarare en sorts kollektivt självbedrägeri? Det är också svårt att säga att de som vetenskapligt sysslade med grafologi under 1950-talet fuskade. Grafologin blev som vetenskaplig disciplin helt enkelt utkonkurrerad av bättre och mer tillförlitliga personlighetsinventorier inom psykologin.

Det finns olika hypoteser om vad det är som gör att en forskare fuskar. Är det enbart personlighetsstörda individer som fuskar eller finns det något i vetenskapens struktur som lockar

fram en tendens att fuska, en tendens eller disposition som vi kanske alla har? Det finns indikationer på att fusk har genomförts av personer med en större eller mindre psykopatologi: narcissistiska eller psykopatiska personlighetsstörningar. Den ena hypotesen utesluter dock inte den andra. Amerikanen Freeland Judson anser att fusk och fuskliknande beteende finns inom alla samhällets verksamheter och kan provoceras fram under vissa villkor, exempelvis i konkurrenssituationer, när hederlighet får ge vika för vinningslust och när sanningspassionen får ge vika för andra passioner, exempelvis karriärsug. Enligt Judson kan man tänka på exempelvis näringslivets insideraffärer, mutor och bonusprogram, på idrottsvärlden med dopning, uppgjorda spel eller matcher i ekonomiskt vinningssyfte, på journalistiken där man fabricerar och förvränger, plagierar och stjälar, på den katolska kyrkan och de pedofila prästerna, på krigsmakten där soldater begår krigsförbrytelser, våldtäkter och brott mot mänskligheten, på politikerna där lobbyverksamhet, bestickelse och svägerpolitik förekommer. Effekten av dessa företeelser är dock ofta densamma då de kommer till offentlighetens kännedom: skandaler.

Det finns många exempel på forskningsfusk, också bland stora etablerade forskare som man inte skulle misstänka för något sådant. Det gäller Isaac Newton, Gregor Mendel, Louis Pasteur och Sigmund Freud. Sättet man kommit på att de måste ha fuskat är också slående. De avslöjades för att resultaten var för bra! Se också exemplet under *abduktion*.

Gemensamt för både forskningsfusk och fusk inom andra områden är att det är svårt att anmäla forskningsfusk, speciellt om det är en framstående eller etablerad forskare som man misstänker. Här har vi den s.k. whistleblowerproblematiken. Det uppstår lätt en nästan Machiavellisk problematik: Ska man välta en furste ska man se till att han/hon ligger ordentligt, i annat fall kan man vänta sig en grym hämnd. En *whistleblower* kan lätt uppfattas som en tjallare eller en förrädare av ett universitets, en god saks, ett företags eller ett helt lands goda rykte etc., och det finns många exempel på tra-

giska öden för whistleblowers inom olika områden. Ibland kan en whistleblower dock också ha egoistiska motiv, nämligen om en anmälan samtidigt kan skada en konkurrent. I USA har man därför i vissa definitioner och riktlinjer för hur man ska förebygga forskningsfusk även inkluderat ett skyddsprogram för whistleblowers (se också *vetenskapliga legender*). Man har också diskuterat introduktionen av en ombudsmaninstitution som ska hantera frågor om forskningsfusk och dit whistleblowers kan vända sig anonymt. Frågan är dock om man kan förebygga forskningsfusk på annat sätt, exempelvis genom undervisning i forskningsetik. I Sverige kommer man nu (2009) att etablera ett nytt system för att hantera frågor om forskningsfusk och det ska bli intressant att se hur man planerar att skydda whistleblowers.

Forskningsfusk är förstas helt i strid med Mertons *CUDOS-normer*, speciellt *disinterestedness* och *organiserad skepticism*. Den sistnämnda normen uppmuntrar också upptäckten av fusk och om inte ett resultat kan bekräftas av andra är det mindre sannolikt att det får bestående fäste inom vetenskapen. Att ett resultat får stöd av andra forskare innebär dock inte automatiskt att de förstnämnda resultaten kan ha framkommit på ett sätt som är i strid med god forskningssed.

LITTERATUR: Forsman 1997, Helgesson 2006, Johansson et al. 2008, Judson 2004.

Forskningsperson är ett annat uttryck för en försöksperson men är dock bredare eftersom det inte är all forskning som är upplagd som försök eller experiment, exempelvis en observationsstudie eller enkätstudie.

Forskningsprincipen säger att i syfte att göra gott och undvika att skada (framtida) patienter bör en läkare bedriva (klinisk) forskning så att man kan tillhandahålla den bästa möjliga behandlingen. Detta medför också att man bör exkludera behandlingar som är överksamma eller skadar mer än de gagnar. Forskningsprincipen kan härledas till vissa aspekter av *göra gott-principen* och *icke skada-principen*. Vissa ta-

lar också om kunskapskravet eller det oetiska i att inte forska. Den svenska medicinetikern Clarence Blomqvist framhöll exempelvis att det var oetiskt att inte ta reda på om behandlingar är säkra och åtminstone inte skadar. Han lyfte fram exemplet med Charles Brenton Huggins (1901-1997) som 1966 fick Nobelpriset i medicin för sin upptäckt att det kvinnliga könshormonet östrogen påverkar (hämmar) tillväxten av prostatakörteln. Detta ledde till att man i stor skala började behandla män med prostatacancer med östrogen. Prostatacancern gick som väntat tillbaka, men patienterna avled ändå flera år innan förväntat, dock inte i sin cancersjukdom, utan i hjärt-kärlsjukdom som följd av östrogenbehandlingen.

Forskningsprincipen eller forskningskravet måste förstas vägas mot försökspersonernas säkerhet eller krav på skydd. Man måste alltså balansera hänsynen till aktuella försökspersoner och respekten för deras autonomi med hänsynen till och nyttan för framtida patienter och påminna om *Helsingforsdeklarationens* klausul om att forskningens och samhällets intressen aldrig får gå före hänsynen till individen. Det bör också poängteras att det finns en motsättning inom forskningsprincipen mellan att göra gott genom att utföra forskning som kan komma försökspersonerna och andra framtida patienter till gagn och att inte skada försökspersonerna.

LITTERATUR: Blomqvist 1975.

Fosterdiagnostik refererar till möjligheten att redan under graviditeten ställa diagnoser på genetiska eller kromosomala sjukdomar eller missbildningar. De diagnostiska metoderna kan vara invasiva eller noninvasiva. Vid invasiva provtagningar använder man olika instrument för att exempelvis ta prov från fostervatten eller moderkaka med risk för missfall eller skada av fostret på cirka 1%. Vid noninvasiva metoder används vanligen ultraljudsundersökningar där man kan bestämma graviditetslängden, identifiera eventuell flerbördsgraviditet, vissa missbildningar, men även under viss tid få indikationer på kromosomavvikelse såsom Trisomi

21, med hjälp av upplysning i nackvecket. En metod för analys av fostrets DNA taget från mammans blod är under utveckling. Detta skulle innebära att nästan alla invasiva undersökningar skulle kunna ersättas med ett enkelt blodprov från mamman. Fosterdiagnostik kan vara viktigt för genetisk vägledning och ställningstagande till eventuell *sektiv abort*. Fosterdiagnostik är egentligen ett missvisande namn om man ser till när man med hjälp av genetisk diagnostik kan fastställa risk för sjukdom. Det borde ibland kallas befruktat ägg- eller embryonaldiagnostik. Preimplantatorisk diagnostik är också en form av fosterdiagnostik när man i samband med in vitro-fertilisering genomför genetisk screening för vissa monogenetiskt nedärvda sjukdomar och kromosomavvikelse på det nyss befruktade ägget. Man kan dock inte med diagnostiken förutsäga hur allvarligt sjuk individen blir.

Fosterdiagnostik uppfattas ibland, speciellt av föreningar av funktionshindrade, som kontroversiell. Man uppfattar sålunda fosterdiagnostik och möjligheten för val av abort av exempelvis kromosomavvikelse som tecken på att funktionshindrade inte har samma *människovärde* som andra och betonar risken för en *sluttande planet*-problematik. Det är dock viktigt att påpeka att fosterdiagnostik är en möjlighet för kvinnan eller paret att få ett kvalificerat underlag för sitt beslut om abort eller inte.

Den mest spridda formen av fosterdiagnostik i Sverige i dag är *ultraljud*. Den erbjuds och utförs rutinmässigt i hela landet, även om både tidpunkt och antal undersökningar varierar mellan landsting. Denna undersökning introducerades primärt för att fastställa graviditetslängd och eventuell flerbörd. Undersökningar utförda efter vecka 16-17 kan även ge information om vissa skador på fostret samt fostrets kön. Numera har också ett samband påvisats mellan förhöjd risk för Downs syndrom och ökad nackupplarning, s.k. NUPP. Nackupplarningen mäts med hjälp av ultraljud under graviditetsvecka 10-14. Fördelen med NUPP är att den förbättrar riskberäkning för Downs syndrom utan att ett invasivt ingrepp behöver

utföras (exempelvis fostervattensprov, se nedan), som medför en viss risk för missfall. En nackdel är att metoden upptäcker något färre andra allvarliga missbildningar i jämförelse med invasiva metoder, även kombinerat med åldersindikation.

Viss fosterdiagnostik kan också utföras via blodprov på mamman, nämligen *biokemisk serumscreening* och *AFP-test*. Serumscreening kan, liksom NUPP, förbättra riskberäkningen för Downs syndrom, men även för annan fosterskada/kromosomavvikelse. Ofta används serumscreening i kombination med NUPP, vilket ytterligare förbättrar riskberäkningen. Dessa två kombinationer tillsammans med åldersindikation över 35 år, s.k. KUB-test, identifierar cirka 90% av fallen med Downs syndrom och är därmed den pålitligaste icke-invasiva metoden för detta tillstånd. Eftersom KUB inriktar sig på Downs och ett par andra tillstånd har rekommendationen att använda detta test blivit en allt vanligare måltavla för kritiken att fosterdiagnostiken i Sverige har en viss inriktning (se nedan).

AFP-test mäter mängden av ett visst protein i moderns blod eller fostervattnet, vilket då kan påvisa förhöjd risk för neuralrörsdefekter som ryggmäragsbräck och anencefali hos fostret. Fostervattensprov innebär att fostervatten sugts ut med hjälp av en tunn nål som förs in genom buken in i livmodern. Ingreppet är alltså invasivt och medför en viss risk för missfall. I genomsnitt inträffar missfall vid cirka 1% av testet, dock beroende på var i Sverige det görs. Dessa prov bör inte utföras förrän tidigast efter 14 graviditetsveckor och medges i Sverige generellt endast om det finns initial misstanke om förhöjd risk för skada eller sjukdom på fostret eller det blivande barnet (exempelvis om kvinnan är över 35 år). I provet finns celler från fostret. Dessa celler används sedan för vidare analys för att påvisa eventuella skador eller sjukdomar.

En annan typ av invasiv metod är *moderkaksprov* (chorionvilliopsi). Även denna metod ger tillgång till biologiskt material från fostret, dvs. material som kan användas för vidare analys. Framför allt är denna metod lämpad för s.k.

DNA-analyser. I det följande ska några sådana analysmetoder nämnas. Nyligen har en förenklad kromosomanalys, *QF-PCR*, lanserats. Den inriktar sig på vissa från början bestämda kromosomavvikelse (vanligtvis följande fem kromosomer: 13, 18, 21, X och Y), till skillnad från traditionell kromosomanalys, s.k. *karyotypering*, som i princip kan användas för att upptäcka alla slags kromosomavvikelse. En intressant möjlighet som prov på moderkaka och fostervattensprov ger upphov till är genetisk analys av fostrets celler för andra skador än kromosomavvikelse. I princip skulle alla de genetiska tester som i dag utförs på barn och vuxna kunna utföras på foster.

Redan då fosterdiagnostik introducerades under sent 60-tal och 70-tal förekom i huvudsak tre motiveringar för verksamheten: 1) kvinnans eller parets hälsa, livskvalitet och självbestämmande, 2) barnets hälsa och livskvalitet samt 3) samhällsekonomi. Efter kritik från framför allt handikapprörelsen tillmäts den samhällsekonomiska motiveringen inte längre samma vikt. Kvinnans eller parets autonomi kan också gynnas av fosterdiagnostik, eftersom diagnostiken ger information som ökar valmöjligheterna. Det väcker emellertid frågan om autonomi inte bara ska respekteras, utan också gynnas. Kvinnans livskvalitet kan gynnas av fosterdiagnostik både genom att hennes hälsa och psykologiska välbefinnande befrämjas, då hon slipper oro sig för att barnet ska vara sjukt. Fosterdiagnostiken kan också fungera abortförebyggande. De flesta av resultaten påvisar inte skada eller sjukdom, och paret kan då fullfölja graviditet och undvika abort på grund av allmän oro för att barnet ska ha någon skada eller sjukdom. Beträffande det blivande barnet kan man dels tala om det konkreta fostret på vilket fosterdiagnostik utförs från början, dels det barn som faktiskt föds. Talar man om det konkreta fostret är det inte alltid att det gynnas i frånvaro av behandling för den sjukdom som diagnostiseras, eftersom en vanlig åtgärd efter ett positivt utslag av testet är abort. Därremot kanske man skaffar ett annat barn som resultat av fosterdiagnostik, och detta barn har

inte samma risk för skada och sjukdom och kan därmed ha bättre möjligheter.

Fosterdiagnostik har kritiserats för att vara oförenlig med synsättet att alla människor har lika värde, den s.k. *människovärdesprincipen*. Förklaringen är att verksamheten kan uppfattas som ett instrument för att ”sortera bort” vissa individer på grund av skada eller sjukdom. Frågan är vad som ligger i denna kritik. Kritiken bör inte tolkas som ett skuldbeläggande av enskilda pars eller kvinnors motiv med att välja fosterdiagnostik. Parets motiv är nog i första hand detsamma som med all abort, nämligen att undvika en livssituation som paret eller kvinnan känner att de/hon inte kan hantera. Det saknas också stöd för kritiken om den tolkas som att fosterdiagnostik faktiskt leder till mer stigmatisering och diskriminering av handikappade. Kritiken bör i stället tolkas som att fosterdiagnostik är problematisk om den har vissa målsättningar och utformningar. Speciellt problematiskt är det om syftet är att minska förekomsten av eller kostnaden för funktionshinder i samhället eller om det finns en offentligt sanktionerad lista på tillstånd för fosterdiagnostik. Då blir det svårt att undvika intrycket av att samhället betraktar individer med dessa tillstånd som mindre skyddsvärda. Därmed talar människovärdesprincipen för att sätta livskvalitets- och autonomimålen i centrum för fosterdiagnostiken. Då blir dock frågan om man kan försvara att det finns en offentligt sanktionerad skillnad på vad man får göra fosterdiagnostik för och inte. Två huvudsakliga sätt att dra sådana gränser har presenterats. Det ena sättet är i termer av liv värt att leva och det andra i termer av distinktionen mellan sjukdom och egenskap som exempelvis att vara rödhårig eller vänsterhänt. Ingen av gränsdragningarna är okontroversiell.

LITTERATUR: Glover 2006, Juth 2006, Munthe 1996 och 1999.

Fosterreduktion talar man om i samband med flerbördsgravitet (exempelvis trillinggravitet) där föräldrarna önskar att få tvillingar eller enbart ett barn. Man går då i ett tidigt stadium

av graviditeten in med instrument och tar bort ett eller två fosteranlag. Tekniken utvecklades i samband med en tvillinggravitet där man visste att det ena fostret hade en allvarlig sjukdom (Hurlers syndrom) och där föräldrarna redan fått ett sådant barn och därför önskade att läkaren skulle ta bort det sjuka fostret. Läkaren lyckades med visst besvär göra detta, vilket då benämns selektiv fosterreduktion, utan att skada det andra fostret. Tekniken har sedan utvecklats och används nu även för flerbördsgraviteter, dock inte den selektiva formen. Man har diskuterat huruvida föräldrar ska ha rätt att kräva fosterreduktion i samband med exempelvis tvillinggravitet, och en del gynekologer har varit restriktiva med detta. Men eftersom en del av de graviditeter som medför flera foster har varit resultatet av hormonbehandling när föräldrar sökt för barnlöshet, så ska föräldrarnas önskemål ställas i relation till deras rätt att kräva abort för hela graviditeten. Föräldrarnas rätt att välja abort framför att få tvillingar måste alltså kontrasteras till gynekologens eventuella personliga motstånd att genomföra fosterreduktion vid en tvillinggravitet. I Sverige finns det numera förslag på att frågan om fosterreduktion ska regleras via abortlagen, och föräldrar kommer sannolikt att ha rätt att kräva fosterreduktion även vid tvillinggravitet.

LITTERATUR: Evans et al. 1996.

Fosterutveckling talar man om från det befruktade ägget fram till den tidpunkt då det framföds och alltså är ett fullbordat barn. Beteckningen fosterutveckling är egentligen missvisande eftersom det även inkluderar perioder i början då man talar om blastem (eller blastocyst) och embryonalperioden, dvs. tidsperioder där det ännu inte är frågan om ett foster. Den första tvåveckorsperioden av celldelning etc. kallas grodd- eller blastemperioden, och de följande sex veckorna av utveckling kallas embryoperioden och resterande tiden foster- eller fetalperioden. Under den första perioden är cellerna totipotenta och man vet inte vilka som utvecklas till moderkaksvävnad eller till ett (eller flera) foster. I slutet av embryope-

rioden är anlaget cirka 5 cm långt och liknar en människa i miniatyr. Neuralrörets utveckling och det fortsatta bildandet av hjärnan har i modern tid fått ökad betydelse eftersom det hänger samman med när man kan föreställa sig att fostret skulle kunna känna smärta, vilket för närvarande anses vara vid slutet av 24:e veckan. Detta är också gränsen för när man inom neonatalvården anser att man kan rädda livet på ett foster som föds för tidigt. Som det framgår har dessa fakta om fosterutveckling betydelse för vad vi bör göra med fostret i termer av abort och experiment samt när. Experiment med stamceller från fosteranlag anses sålunda vara acceptabelt (i vissa länder som bland andra Sverige och Storbritannien) under de första 14 dagarnas celldelning. Man kan diskutera huruvida fostret har *moralisk status* från befruktningssögonblicket eller om man snarare ska tala om att fostret får tilltagande *skyddsvärde* i takt med att det utvecklas. Se även *abortetik*.

LITTERATUR: Lagercrantz 1998.

Fragile-X är ett exempel på en kromosomavvikelse där den ena könsbundna kromosomen X har en defekt i ena kromosom-”benet”, så att det morfologiskt ser ut som om att ett fragment av denna del håller på att ramla av, därav namnet fragilt eller skört X. Eftersom sjukdomen ärvs recessivt ger defekten i de flesta fall inga effekter hos flickor, eftersom det segment av kromosomen som är överksam kan kompenseras av det andra. Men hos pojkar där det bara finns en X-kromosom får defekten stora konsekvenser och pojkar utvecklar framför allt ett förståndshandikapp samt en rad andra karakteristiska som stora öron och avlångt ansikte samt i puberteten stora testiklar. Molekylärbiologiskt är det fråga om en mutation, men det intressanta är att det finns såväl kvinnliga som manliga premutationsbärare. Dessa kan också få symtom, exempelvis kan premutationsbärande kvinnor i cirka 25 % av fallen drabbas av för tidigt klimakterium, s.k. prematur ovariell dysfunktion. En syster eller bror till en sådan kvinna har alltså 50 % risk att också vara premutationsbärare. Om den aktuella kvinnan

har sökt för att få utrett ett för tidigt klimakterium (kanske vid 30 års ålder) kan utredningen, om den visar att kvinnan är premutationsbärare, också komma att beröra både system och brodern. En premutationsbärande man kan också få symtom, oftast efter 50-årsåldern men före 70 år. Symtomen är parkinsonliknande med gångstörningar och skakningar, s.k. intentionstremor. Hos vissa kan man se en progredierande demenssjukdom. Det som är principiellt intressant med detta och likartade tillstånd är sålunda att många andra än den som kanske begärt en utredning av den genetiskt betingade sjukdomen kan komma att beröras av resultaten. Här får begreppet familjeläkare en något annan innebörd eftersom man inte vet om den eller de som inte begärt utredningen faktiskt önskar få information om risk för premutation. Se *gen-etik*.

LITTERATUR: Kristoffersson et al. 2005.

Franklin, Rosalind (1920–1958) bidrog till utvecklandet av modellen för DNA-molekylen. Franklin bidrog genom att genomföra röntgenkristallografiska undersökningar av DNA och kunde med hjälp av dessa indikera dess dubbelhelix-struktur. Detta ledde James Watson och Francis Crick på spåren om DNA-molkekylen struktur och de kunde strax efter presentera sin modell i ett ”Letter to the Editor” i tidskriften Nature 1953. Dessa fick tillsammans med Maurice Wilkins Nobelpriset för upptäckten av DNA-molekylens struktur 1962. Det fanns i den vetenskapliga miljön vid universitetet i Cambridge ett motstånd mot att acceptera kvinnor som likvärdiga vetenskapliga medarbetare, och man kan diskutera huruvida Franklin fick det erkännande hon förtjänade för sina insatser medan hon levde. Det finns dock i dag knappast någon som betvivlar Franklins insats och delaktighet i upptäckten av DNA-molekylens struktur. Se också *genusperspektiv*, *Matteuseffekt* och *prioritetsstrider*.

LITTERATUR: Maddox 2002, Watson 2001.

Free rider är ett uttryck som i moralfilosofiskt sammanhang använts av John Rawls och som karakteriserar en person som är beredd att ta emot fördelar som skapats av andra gemensamt men som inte själv är beredd att bidra. Ett exempel är personen som är beredd att ta emot ett organ, men som inte själv är beredd att donera ett. Ett annat exempel är någon som tar del av den offentliga vården, men som inte själv bidrar genom att skattefuska, eller en svensk som är skriven i ett land med låg skatteprocent för höginkomsttagare men använder sig av svensk sjukvård. En free rider är alltså en som åker snålskjuts på värden som andra är beredda att bidra till. En free rider bryter enligt Rawls mot *fair play-principen* eller principen om *fairness*. Se också *parasitering*.

LITTERATUR: Rawls 1972.

Freudiansk felsägning är ett uttalande där man enligt psykoanalytikern Sigmund Freud förråder (avslöjar) egna omedvetna avsikter, föreställningar, önskningar, värderingar eller fördomar. Man kan säga att det som Freud har lagt namn till även kommer till uttryck i kristendomens Nya testamente där Jesus säger att vad hjärtat är fullt av löper munnen över med (Lukas 6:43–45), och där Jesus hänvisar till både goda och dåliga sidor hos människan. På engelska finns också ett ordspråk som är besläktat med den freudianska felsägningen eller felhörningen, och det säger att "the wish is the mother of thoughts". Felsägningar är viktiga utgångspunkter för *psykoanalysen*, på samma sätt som drömmar. De uppfattas som meningsfulla eftersom de öppnar upp för tolkningar av vad som anses som verkliga problem för patienten. På samma sätt som man kan tala om "Freudian slip of the tongue" kan man också tala om "Freudian slip of the pen". Se vidare *ledtrådsparadigmet* och *Freud och psykoanalysen*.

LITTERATUR: Ginzburg 1989.

Freud, Sigmund (1856–1939) och psykoanalysen utvecklades under slutet av 1800- och början av 1900-talen som ett försök att förklara och behandla hysteriska och senare neu-

rotiska symtom. Freud var neurolog och hans utgångspunkt var att många patienter sökte för s.k. hysteriska förlamningar och känslösbortfall. Bortfallen av smärtekänsla kunde till exempel vara helt cirkulärt avgränsade på överarmen, vilket var i strid med neuroanatomien och nervernas utbredning i olika dermatomer. Dessa kliniska *anomalier* blev sedan utgångspunkten för Freuds utveckling av psykoanalys. Freud var också påverkad av hypnosens möjlighet att både bota och framkalla liknande tillstånd. Mot denna bakgrund utvecklade han den psykoanalytiska teorin som utgår från att utöver våra medvetna och kognitiva förmågor, med vilka vi kan planera och påverka vårt livsprojekt, finns det också ett omedvetet som kan motarbeta de medvetna strävandena. Detta innebär konflikter inom människans psyke, som antas kunna ge upphov till både hysteriska och neurotiska symtom. Den kraft varmed det omedvetna tar sig uttryck kan sålunda förklara att människor kan bli sjuka, och helt handlingsförlamade. Enligt Freud är orsaken till dessa intrapsyckiska konflikter att vi inte är uppmärksamma på just kraften i det omedvetna, som alltså skulle kunna förklara Paulus tidiga påpekande om att "människan gör det onda han inte vill och han avstår från att göra det goda han vill göra". Eftersom det är det omedvetna som styr oss finns det sålunda i den freudianska människouppfattningen en form av psykisk *determinism*.

Hos Freud tolkades de intrapsyckiska konflikterna ofta som uttryck för trauman i barndomen eller relaterade till den puritanska sexualmoral och kultur som rådde i början av 1900-talets Wien. Det finns alltså en konflikt mellan sexualdriften och de problem som en omedelbar tillfredställelse av denna skulle medföra, till exempel mycket stora sociala problem. Människan kan då enligt Freud tränga bort driften som sedan kan ge anledning till de neurotiska symtomen. Enligt Freud kan man genom psykoanalys häva de neurotiska symtomen genom att den psykiska energin leds in på andra banor. Freud använder sig här av intressanta metaforer från termodynamiken när han dels talar om energi, dels förmågan att sublimeras denna en-

ergi. Om man accepterar hypotesen om trauma (symboliska såväl som realistiska) i barndomen som orsak till neuroser eller hysteri så finns det också någon som måste ha orsakat traumat och därmed medför psykoanalytisk behandling ofta att någon skuldbeläggs, exempelvis pappan eller mamman, även om skuldstämpeln kanske inte bör användas om traumatiseringen var oavsiktlig, se även *kognitiv beteendeterapi*.

Som utgångspunkt för den psykoanalytiska behandlingen finns en hypotes om att de neurotiska symtomen har en mening. Drömmar och felsägningar (*Freudian slip of the tongue*) är sålunda meningsbärande, symbolmättade och kan vara ingången till att tolka och förstå patientens upplevelser och symtom, och därmed ibland att hjälpa patienten att göra det omedvetna medvetet. Freud sägs ha varit inspirerad av den italienska läkaren och experten på att avslöja förfälskade tavlor Morelli (se vidare *ledtrådsparadigmet*). Drömtydning blev sålunda ett centralt hjälpmedel för analytikern i den klassiska psykoanalysen, vari innefattas tolkningen av de olika företeelser och symboler som framkommer i drömmarna. Även om Freud själv var uppmärksam på att det fanns risk för övertolkning så finns det många exempel bland hans tolkningar och analyser som i dag kan förefalla väl långsökta, och en del av hans kritiker har talat om den meningsmani som den psykoanalytiska traditionen har fört med sig. En cigarr kan med tanke på sin form uppfattas som en fallossymbol. Freud, som själv var hängiven cigarrökare, påpekade dock själv att ibland är en cigarr bara en cigarr.

Moralfilosofiskt är det kanske mest intressanta att det omedvetna tillskrivs en sådan betydelse och därmed att vi som människor är mer eller mindre offer för våra drifter och vårt känsloliv. Den psykiska determinismen innebär eventuellt, liksom andra former av deterministiska människouppfattningar, att vi får ge upp vår tro på den *fria viljan*.

Vetenskapsfilosofiskt är det av intresse, utöver förklaringsmodellen för mänskligt beteende, att Freuds psykologi innebär en utvidgad domän för ändamålsförklaringar. Enligt Freud

förklaras en stor del av våra handlingar av omedvetna trosföreställningar och önskningar som kan göras medvetna, snarare än instinkter eller reflexer eller neurologiska felkopplingar, vilket skulle göra det till orsaksförklaringar. Ett uppenbart exempel är felsägningar, se *freudiansk felsägning*.

LITTERATUR: Ginzburg 1989, Freud 1960, Marc-Wogau 1967.

Fri vilja är en etikett för ett antal problem och positioner som frågar huruvida vi är fria att handla på ett sätt som medför moraliskt ansvar för det vi gör eller inte gör. Traditionellt handlar inte den fria viljans problem om huruvida vi känner oss fria eller inte och inte heller hur fria vi är, utan om vi över huvud taget är fria eller inte.

Även om problemet diskuterats sedan antiken, så var det först under 1600- och 1700-talen med tänkare som Hobbes som problemet fick sin moderna utformning: Är fri vilja möjlig om *determinismen* är sann? Determinismen säger att allt som sker har en orsak som gör att just det som sker faktiskt sker och inget annat. Närmare bestämt så följer det av världens tillstånd vid en viss tidpunkt samt av de lagar som styr universum, att världen kommer att vara i ett visst annat bestämt tillstånd vid en senare tidpunkt. Även om determinismen inte är bevisad är det ett antagande som man utgår från många gånger inom vetenskapen. Det är dessutom en vanlig tanke i vardagligt tänkande. Anta exempelvis att du står i kafeterian och väljer mellan te och kaffe, då du inte har råd med båda. Efter lite eftertanke väljer du te. Efter att nästan ha druckit upp koppen tänker du: "Jag borde ha tagit kaffe i stället." Här förutsätter du nog att du var fri att ta kaffe, du hade en fritt val och en fri vilja med avseende på beslutet. Men är det sant? Ja, om du kunde ha tagit kaffe i stället. Men kunde du det? Det fanns något som gjorde att du valde te. Du kanske kände dig trött och ville pigga upp dig och trodde kaffe skulle vara bättre för att pigga upp dig än te. Så det fanns något som gjorde att du gjorde som du gjorde. Detta i sin tur har en orsak (bland annat att

du sov dåligt, kanske), som har en orsak osv. Men då är ju determinismen tillämplig. Allt som skedde skedde på grund av att något innan skedde som gjorde att det som skedde skedde, inklusive dina handlingar. Då kan det inte vara sant att du kunde ha gjort något annat än det du gjorde. Hur kan då ditt val och din handling, som var ett resultat av valet, vara fritt?

Det finns ett antal positioner som har olika svar på problemet. Ett är *kompatibilism* som säger att vi har en fri vilja, tillräcklig för moraliskt ansvar, som är förenlig med determinism. Att handla fritt är helt enkelt att fatta beslut och handla i enlighet med sin vilja, eventuellt i enlighet med sin genuint egna eller *autentiska* vilja. Så om vi inte är hindrade att handla i enlighet med vår vilja så handlar vi fritt och är moraliskt ansvariga. Kompatibilismen har ett visst stöd i vardagligt tänkande. Om du inte kommer till ett möte som du lovat att komma till, så ses det som en legitim ursäkt om du hindrats. Du kanske blev fast i trafiken eller bröt benet på vägen, du visste inte var och när mötet var eller du fick fel information. Däremot anses det inte ursäktligt att utebli för att du inte ville, dvs. vi hålls normalt ansvariga för vad vi vill. Notera dock att kompatibilismen inte hävdar att viljan i sig är fri, utan viljan orsakas bland annat av vår karaktär, vårt minne m.m., som i sin tur är orsakat av saker som är orsakade av andra saker etc., tills vi kommer till någon länk i orsakskedjan som uppenbarligen inte ligger inom vår kontroll. Därför är det enligt kompatibilismen falskt att vi någonsin kunde ha gjort något annat än det vi faktiskt gjorde. Men att vara fri i den mening som krävs för moraliskt ansvar kräver inget annat än frånvaro av hinder att göra det man vill (eventuellt också inre hinder, se *autenticitet*). Kompatibilismen är den mest omhuldade positionen bland moderna filosofer.

Många är dock missnöjda med denna lösning. Traditionellt har man argumenterat för att fri vilja är oförenligt med determinism, eftersom determinism är oförenligt med att det skulle kunna vara sant att vi någonsin kunde ha gjort något annat än det vi faktiskt gör. Enligt determinismen finns alltså inga handlingsalternativ,

vilket verkar krävas för moraliskt ansvar. Med andra ord, om det verkligen är sant att du inte kunde ha gjort något annat än det du faktiskt gjorde, hur kan det då vara sant att du är klander- eller berömvärd för det du gjorde? Detta ter sig onekligen som ett starkt argument. Enligt *libertarianismen* (ska inte förväxlas med den politisk-filosofiska versionen hos *Nozick*) har vi en fri vilja i denna mening och endast då är vi ansvariga enligt denna position. Lägga märke till att möjligheten att kunna göra något annat än det man faktiskt gör, inte får bero på ett antagande om att det vi gör inte är bestämt av något särskilt, dvs. så kallad indeterminism. Indeterminismen är nämligen ännu svårare att förena med en fri vilja. Om det vi gör inte är bestämt av något så gör vi det vi gör av en slump – det bara sker. Detta gör att vi inte själva bestämmer vad vi gör, vilket gör oss än mindre ansvariga. Om något sker av en verklig slump är ju knappast någon ansvarig för det. Därför måste libertarianisten förklara hur vi kunde handla annorlunda och att detta är upp till oss själva, och inte obestämt eller icke-determinerat. Detta brukar normalt försöka lösas med någon idé om att vi som agenter kan ändra eller sätta igång orsakskedjor utan att själva vara orsakade, dvs. så kallad agentkausalitet. Idén om agentkausalitet är dock metafysiskt extravagant och verkar strida mot vetenskapliga antaganden (se *determinism*). Också libertarianismen är därmed problematisk.

Kvar finns en hård determinism som i enlighet med libertarianismen hävdar att den fria vilja som krävs för moraliskt ansvar kräver handlingsalternativ. Den hårda determinismen hävdar dock att inga sådana alternativ finns, då denna lära, i likhet med kompatibilismen, accepterar determinismen. Enligt denna syn är vi alltså aldrig ansvariga i någon djupare mening för det vi gör. Däremot kan det också enligt den hårda determinismen ibland vara rimligt att hålla människor ansvariga för det de gör, exempelvis eftersom vi orsakar handlingar med bättre konsekvenser om vi klandrar människor för skadliga handlingar. Denna typ av determinism hade starkt genomslag i den svenska rättspositivistiska traditionen och var en av utgångspunkterna när

bland annat Olof Kinberg utformade det svenska rättssystemet och den svenska rättspsykiatrin. Ibland kallas också hård determinism för fatalism, men bör dock inte förväxlas med den typ av fatalism som säger att det inte spelar någon roll vad vi gör. Ingen av de nämnda lärorna skulle gå med på detta, då vad vi gör naturligtvis påverkar vad som sker. Frågan är om vi gör det vi gör fritt eller inte, och i vilken innebörd av fritt. Denna fråga är obesvarad än i dag och alla de nämnda positionerna har kvalificerade förespråkare.

Synen på fri vilja påverkar alltså synen på i vilken omfattning människan själv kan antas ta ansvar för sina handlingar (se vidare *människosyn*). Därför är en lösning på detta problem relevant för all etik, inklusive den medicinska. I den medicinska etiken verkar problemet också ha bäring på mer specifika frågor, som t.ex. när det är legitimt att utsätta folk för tvångsvård (vi utsätter mindre gärna någon vi antar handlar efter sin fria vilja än inte), när man bör respektera patienters beslut och vilka förpliktelser vården har. Ett ”bör” förutsätter ett ”kan”, dvs. om man inte kan göra något är det svårt att se att man skulle ha en plikt att göra det. Detta har även betydelse för hur vi ser på orsakerna till exempelvis alkoholism och därmed behandlingen av följsjukdomar som skrumplever.

LITTERATUR: Kane 2002, Lorentzon 2003, Van Inwagen 1983.

Frivillighet betonas ofta i samband med deltagandet i utredning, behandling inom sjukvården, samt deltagandet i klinisk forskning och undervisning av exempelvis läkarstudenter. Frivillighetsaspekten är sålunda nära knuten till *informerat samtycke* och *autonomiprincipen*. Beslut och handlingar kan vara frivilliga eller ofrivilliga och generellt sett är beslut och handlingar frivilliga om de inte kontrolleras av andra. Dock utesluter inte inflytande från andra patientens frivillighet, exempelvis genom att läkaren påverkar patientens beslut när hon förmedlar information om risker och fördelar med olika behandlingar. Att däremot hota med sanktioner om man inte väljer vissa alternativ eller medvetet manipulera patienter genom att ljuga eller undanhålla informa-

tion man vet patienten skulle anse ha betydelse för hennes beslut, är oförenligt med frivillighet. Sedan finns frågan i vilken utsträckning påtryckning i form av löften om belöningar är förenligt med frivillighet, speciellt i de fall patienten behöver belöningarna för att komma upp till en acceptabel levnadsstandard. Det är en omdiskuterad fråga vilken nivå av välfärdsökning en belöning skulle innebära som fortfarande är förenligt med moraliskt godtagbar frivillighet. Konkret är detta frågor som diskuteras i etikprövningsnämnder när man ska ta ställning till ersättning till försökspersoner. Speciellt vid barns medverkan i forskning är man restriktiv med ersättningsnivån, och en CD-skiva eller en biobiljett brukar anses vara en skälig ersättningsnivå. Det här är också frågor som uppkommer i samband med ersättning till levande organdonatorer. I USA kan exempelvis kvinnor som donerar ägg för *IVF* få höga ersättningar. Och frågan kan också uppkomma i samband med ersättningar vid surrogatmödraskap. Se också *medicinsk turism* och *informerat samtycke*.

Fronesis är ett uttryck som Aristoteles använder för att beskriva hur en människas samlade klokskap kommer till uttryck. Enligt Aristoteles finns det två klasser av dygder: 1) intellektuella och förnuftsbaseade dygder som man kan utveckla och förädla genom utbildning och 2) moraliska dygder som exempelvis mod, självbehärskning, generositet och rättvisa och som man kan förädla genom träning och erfarenhet från livet på så sätt att de blir en vana. För Aristoteles uppstår en god och riktig handling då de intellektuella dygderna kombineras med de moraliska. Kombinationen av intellektuella och moraliska dygder benämner Aristoteles praktisk klokskap/intelligens eller fronesis. Det innefattar alltså kännedom om de riktiga livsmålen för en människa samt det praktiska kunnandet att genomföra dessa. Dessutom innefattar det förmågan att se vad som har genuin praktisk betydelse i en given situation, dvs. vad man borde lägga vikt vid, alltså en form av etisk *tyst kunskap*. Se också *Aristoteles* och *dygdeetik*.

LITTERATUR: Aristotle 1991.

Funktionella förklaringar eller (hellre) funktionalistiska förklaringar går ut på att förklara någots – exempelvis hjärtats – (fortsatta) existens med hänvisning till dess faktiska, och inte avsedda, verkningar. Närmare bestämt förklarar funktionalistiska förklaringar exempelvis hjärtats existens med hänvisning till att det faktiskt har gynnsamma effekter för ett större system, nämligen alla organismens övriga funktioner. Om något faktiskt har gynnsamma effekter för ett systems (fortsatta) existens, så fyller det en funktion för systemet och därav namnet. Funktionella förklaringar finns i vardagsresonerande, men i vetenskapliga sammanhang figurerar de framför allt i biologin: Varför finns hjärtat? För att det pumpar blod, vilket behövs för organismens (fortsatta) existens. Varför pumpar hjärtat lite fortare denna vecka? För att det behövs för att kompensera blodförlusten i förra veckan. Varför koagulerar blodet när det kommer utanför blodbanan? För att vi inte ska förblöda om vi skador oss. Varför har vi smärtekänsla? För att om vi inte kunde känna smärta skulle vi kunna riskera att avlida av brännskador när vi inte upptäckte att vi hade satt handen på spisen. Varför lägger termitdrottningen fler soldatäggen denna vecka? För att det behövs för att skydda stacken efter myrsloksanfallet förra veckan, osv.

Vetenskapsteoretiskt finns det problem med denna typ av förklaring. Ett problem är att funktionalistiska förklaringar hänvisar till att något är ändamålsenligt. De är med andra ord teleologiska och de förklarar något med hänvisning till sina gynnsamma **verkningar**. Men hur kan man förklara att något beter sig ändamålsenligt (gynnsamt) om man inte antar någon person som har ändamålet ifråga? Vet hjärtat om att kroppen behöver blod? Vet nervsystemet om att smärtekänslan är en förutsättning för överlevnad? Hur kan drottningens ökade produktion av soldater förklaras av att fler soldater behövs utan att man antar en sådan kunskap? Detta hänger ihop med ytterligare ett problem för ändamålsförklaringar. Hur kan de gynnsamma konsekvenserna av något X förklaras att X finns när X måste finnas för att ha de gynnsamma konsekvenserna? Verknigen kommer ju efter orsaken. Hur kan

verknigen av något vara sin egen orsak? Hur kan exempelvis hjärtats funktionella eller gynnsamma verkningar för kroppens fortlevnad förklara hjärtats existens när kroppen måste finnas för att hjärtat ska kunna finnas?

Inom biologin har man löst dessa problem genom teorin om utveckling genom det naturliga urvalet. Genom exponering för olika faktorer uppstår mutationer av arvsanlagen som förändrar vissa organismer. Ett fåtal förändringar kommer att göra vissa bättre anpassade att överleva och fortplanta sig givet en viss miljö och dessa kommer därför att finnas i större utsträckning i framtiden, exempelvis utvecklandet av nerver för smärtekänslan. En funktionell förklaring av en egenskap X hos organismerna i en population består alltså i att påvisa att X har bättre konsekvenser för den individuella organismens reproduktion än alternativa egenskaper till X, exempelvis den egenskap organismerna hade innan mutationen. Det gör att den funktionella förklaringen är en kortfattad version av en längre *orsaksförklaring*: Något orsakar en mutation som orsakar en egenskap som orsakar mer avkomma som i sin tur orsakar större förekomst av egenskapen i fråga. Det finns alltså en återkopplingsmekanism från verkan till orsak, vilket gör att funktionella förklaringar inte är något annat än en slags orsaksförklaringar inom biologin.

Ibland tillämpas funktionella förklaringar också i samhällsvetenskap. Exempelvis förklaras ibland värderingars spridning med att de är gynnsamma för en viss elit, utan att någon med nödvändighet är medveten om detta, exempelvis värderingen att vi förtjänar vår position i samhället. Den typen av förklaringar drabbas emellertid av ovanstående problem om man inte kan hitta någon typ av återkoppling, antingen i termer av orsaker eller ändamål. Exempelvis kan den fortsatta existensen av värderingar som är gynnsamma för eliten förklaras av att de har resurserna att sprida värderingar som är i enlighet med deras intressen och att de därför gör det, vilket är en *ändamålsförklaring*.

LITTERATUR: Elster 1990.

Fusk, se *forskningsfusk*.

Futile treatment, se *meningslös behandling*.

Fångarnas dilemma är namnet på en typ av situationer som karakteriseras av att när alla gör det som är rationellt, i meningen bäst för dem själva, så blir det sämre för alla än om ingen hade gjort det. Anledningen till att det kallas för fångarnas dilemma är ett tankeexperiment som utformats för att illustrera situationen. I tankeexperimentet är två häktade brottslingar inblandade: Pär och Pål. De har häftats för ett rån och en bilstöld i samband med rånet. Sheriften kan bevisa bilstölden men inte rånet och behöver därför deras erkännande. Sheriften säger till Per: "Om du erkänner rånet och din partner inte gör det, så kommer jag släppa dig fri som tack för din samarbetsvilja. Om du erkänner rånet och din partner också gör det, så får ni båda två sex år för rånet. Om du inte erkänner rånet och din partner inte heller gör det, kan jag tyvärr bara sätta dit er för bilstölden och ni får två år var. Men om du inte erkänner rånet och din partner gör det så går han fri och du ensam får maxstraffet för rånet: tio år." Pål får samma erbjudande. Anta att det inte finns ytterligare sanktioner inblandade och anta vidare att båda är rationella i meningen att de vill handla så att de får det så bra som möjligt för egen del, dvs. att få ett så lågt straff som möjligt. Hur ska de då göra? Det gäller för var och en av dem att vad än den andre gör så tjänar de på att erkänna: Om Per erkänner och Pål inte gör det så går Per fri i stället för att få sitta två år, vilket han får göra om han inte erkänner och när inte heller Pål gör det. Om Per erkänner och Pål också gör det så får han sitta sex år i stället för tio (vilket han får göra om han inte erkänner när Pål gör det). Samma sak gäller Pål. Att erkänna är alltså vad som kallas en dominant strategi. Det är rationellt, dvs. bäst för en själv oavsett vad den andre gör. Men om båda erkänner får båda sex år i stället för två år, vilket de hade fått om ingen av dem erkänt. Så när var och en gör det som är bäst för en själv, så blir det sämre för båda än om ingen av dem hade gjort det.

Det spelar ingen roll om de kan kommunicera eller komma överens. Säg att de får träffas och ordna en uppgörelse sinsemellan. Båda lovar varandra att inte erkänna. Då blir det i stället en fråga om man ska hålla sitt ord eller inte. Om de är rationella kommer ingen av dem att göra det och dilemmat uppstår igen. Detsamma gäller om fångarna möter varandra i samma situation vid upprepade tillfällen. Vid sista tillfället är det rationellt att hoppa av, eftersom den andra då ändå inte kan straffa en för ens brist på samarbete då. Då är det rationellt vid det näst sista tillfället osv. Den enda lösningen på problemet verkar vara om man ändrar situationen, så att de inte är rationella eller så att ytterligare sanktioner drabbar dem som hoppar av överenskommelser.

Fångarnas dilemma är intressant därför att denna typ av situationer verkar uppkomma i alla samhällen. Det är rationellt för mig att ta bilen till jobbet, då miljön inte påverkas märkbart av mitt enskilda bilkörande. Men om alla gör det blir miljön mycket sämre än om ingen hade gjort det. Det kan fortfarande vara rationellt för mig att ta bilen. Eller fiske: Om jag fiskar så mycket jag kan, så blir det bättre för mig, speciellt om ingen annan gör det. Men även när alla andra gör det blir det bättre för mig om jag gör det: mitt enskilda bidrag kommer inte att påverka huruvida det blir utfiskat eller inte och jag vore väl en idiot om jag inte tog tillfället i akt och fiskade så mycket som möjligt nu när alla andra gör det. Men när alla gör detta så blir det sämre för alla än om alla hade varit mer återhållsamma, eftersom det blir utfiskat. Eller ta skattefusk. Eller ta att hålla klorin i slasken etc. Eller för att ta ett något futuristiskt exempel med anknypning till sjukvården: Om jag använder PGD för att välja ett embryo med goda anlag ger jag mitt framtida barn bättre chanser i livet, speciellt om ingen annan (eller få andra) gör det. Men om alla andra (eller de flesta andra) gör det så kommer mitt barn definitivt ha sämre utsikter om jag inte utnyttjar denna möjlighet. Detsamma gäller alla andra. Det kan dock sluta i en situation där man späder på det tävlingsinriktade i samhället och hamnar i en

slutpunkt som är värre än om alla hade avstått från början. Fångarnas dilemma undergräver därmed idén om den osynliga handen, som enligt traditionell nationalekonomi ordnar allt till det bästa om alla bara handlar egennyttigt. Detta har stor relevans för hur vården som samhälllig institution bör inrättas, såväl som samhällsliga institutioner i allmänhet. Om de bör inrättas för att det ska bli individuellt rationellt att handla på ett sätt som gynnar alla, vilket ter sig rimligt, så bör de inrättas så att fångarnas dilemma-liknande situationer inte uppstår.

LITTERATUR: Glover 1975, Resnik 1987.

Färdighetskreativitet är ett uttryck för exempelvis en erfaren läkares förmåga att improvisera och komma på nya sätt att bemöta en patient där problemlösningen inte följer gängse praxis. Ett exempel på färdighetskreativitet är Salomos dom från den kristna Bibeln där två kvinnor båda har fött ett barn och där den ena kvinnan under första natten råkar ligga ihjäl sitt barn. Den olyckliga kvinnan hävdar då att det levande barnet är hennes och det uppstår en tvist. De två kvinnorna vänder sig till Salomo för att få hans hjälp att lösa konflikten. Salomo föreslår då att de kan få var sin halva av det levande barnet och hotar med att klyva barnet med svärd. Den riktiga modern ber då Salomo om att skona barnet, men den olyckliga kvinnan kräver rättvisa. Salomo anser herefter att han fått reda på vem som är den rätta modern och ger barnet till kvinnan som räddade livet på det. Även om detta är ett tämligen dramatiskt sätt att undersöka moderskap – i dag skulle vi ta ett DNA-prov – är det ett exempel på färdighetskreativitet – se också *etisk kreativitet*.

Ett nästan lika dramatiskt exempel på något som både skulle kunna rubriceras som färdighetskreativitet och etisk kreativitet inom medicinen handlar om en patient som var Jehovas vittne och i samband med en trafikolycka hade ådragit sig en mjältruftur som blödde ymnigt. Patienten som var 22 år gammal och beslutskapabel vägrade att låta sig opereras eftersom ingreppet inte kunde genomföras utan blodtransfusion. Kirurgen som såg möjligheten att rädda

livet på ynglingen och kände sig vanmäktig och frustrerad av att inte kunna fullfölja sin ambition att göra gott, vandrade fram och tillbaka vid patientens säng och då patienten på grund av blödningen höll på att förlora medvetandet gick kirurgen fram till patienten och ropade in i örat på honom: ”Märker du dödens vingslag?” Patienten vaknade till stirrade skräckslagen på kirurgen och sade: ”Jag vill opereras.” Även om många säkert anser att kirurgen gjorde rätt och levde upp till principen om att göra gott, så är frågan om huruvida han skrämde patienten till att fatta ett beslut som patienten egentligen inte ville fatta. Om vi uppfattar kirurgens handling som ett paternalistiskt övergrepp där kirurgen enbart är ute efter att få patienten att följa behandlingsrekommendationen är det inte en form av färdighetskreativitet. Om kirurgen hade frågat om patientens förväntningar, farhågor och föreställningar så hade han kanske respekterat patientens vilja och insett att patienten kunde drabbas av en lång rad sociala och religiösa problem i efterhand. Men om vi i stället använder exemplet för att illustrera hur man kan få fram en skillnad mellan kognitivt laddade och emotionellt laddade beslut och att kirurgen ansåg de emotionellt laddade svaren som mera *autentiska* än de kognitivt laddade, så kan man tolka detta som ett exempel på etisk kreativitet, då kirurgen lockade fram patientens egentliga vilja genom att tydliggöra situationens allvar för patienten. Se vidare *Jehovas vittnen, nöden är uppfinningens moder* och *kunskap/kunnande*.

LITTERATUR: Johansson et al 2008.

Förebild är ett centralt begrepp inom dygdetiken där just de goda förebilderna spelar en central roll för inläringen av bland annat goda karaktärsegenskaper. Förekomsten av förebilder i den kliniska verkligheten, kvinnliga såväl som manliga, goda såväl som dåliga, är något mycket vanligt och är en illustration av att dygdetiken fortfarande har relevans, åtminstone tolkad som *beslutsmetod*. Empiriska studier indikerar att förebilderna, även de negativa, har stor betydelse för utvecklingen av den studerandes

etiska förhållningssätt. Den mer eller mindre automatiska överföringen av normer och värderingar som sker via goda förebilder har dock visat sig att inte räcka till – detta kan bero på att en läkare/lärare ofta har ansvar för många läkarstuderande. Om man enbart skulle bygga på goda förebilder förutsätter detta också en mer eller mindre statisk uppfattning av medicinen och etiken. Eftersom både medicinen och etiken har utvecklat sig, åtminstone sedan Hippokrates – patienter är i dag ofta pålästa när de kommer till sin läkare och har olika önskemål och förslag till både utredning och behandling samt hur snabbt detta ska ske – kan det därför i dag finnas behov av undervisning i *etisk grammatik*. På så sätt kan den blivande läkaren vara mera förberedd på de diskussioner om rimlighet, riskbedömningar och frågor om prioriteringar som inte sällan kan uppstå. Se också den *kliniska undervisningens* etik.

Förebyggande, se *preventionsetik*.

Förmodat samtycke, se *presumerat samtycke*.

Försiktighetsprincipen säger, väldigt allmänt uttryckt, att om det föreligger möjliga risker för miljö och hälsa bör dessa risker förebyggas eller undvikas, även om det är osäkert hur sannolik risken är. Detta tolkas ofta som att även om det är osäkert huruvida något utgör ett hot, bör beslutsfattare vidta mått och steg för att förhindra hotet. Med andra ord handlar försiktighetsprincipen om hot eller risker. Riskbegreppet innehåller i sin tur två komponenter: en kunskapskomponent, som rör sannolikheten för att något ska inträffa och en värdekomponent, gällande det negativa värdet av att något inträffar. Försiktighetsprincipen förutsätter inte i sig själv någon bestämd syn på vad som är värdefullt, utan kan kombineras med vilken värdeteori som helst (se *värde och värdeteorier*). Eftersom man betonar risker medför dock försiktighetsprincipen att det är viktigare att undvika dåliga utfall än att uppnå goda, dvs. det får kosta att undvika risker. Med andra ord ger man större vikt till möjliga dåliga utfall än

möjliga goda utfall, även om sannolikheten för dem är lika stora och/eller de möjliga förlusterna kan bedömas vara av samma omfattning som de möjliga vinsterna. Försiktighetsprincipen är alltså en idé om det ondas större vikt. Den är därmed en mer riskaversiv princip än exempelvis principen om *maximering av förväntat värde*, som inte medför att negativa utfall har större vikt än positiva.

Försiktighetsprincipen är ofta i första hand tänkt vara en princip för storskaliga politiska beslut och berör då i första hand sådant som påverkar folkhälsan på sikt, som miljöpåverkan och medicintekniska innovationer. En av de mest berömda formuleringarna av principen finns sålunda i Riodeklarationen från 1992 om hållbar utveckling. Eftersom principen handlar om hur risker och vinster ska vägas i allmänhet kan den också användas i mer vardagliga kliniska sammanhang och blir då en slags icke skadaprinzip, som lägger större vikt vid att undvika dåliga konsekvenser än att uppnå goda.

Inom hälso- och sjukvården tillämpas ofta försiktighetsprincipen när man är osäker på hur en medicinsk teknologi kommer att fungera i praktiken. Det kan vara frågan om både preventiva, diagnostiska och terapeutiska teknologier. Införandet av HLA-PGD har exempelvis genomförts med stor försiktighet, bland annat därför att man varit osäker på hur de barn reagerar som föds delvis med syftet att hjälpa ett syskon (via stamceller från navelsträngsblodet). Även inom medicinsk forskning tillämpas försiktighetsprincipen, exempelvis inom embryonal stamcells forskning och chimärforskning. Man är här osäker på vad konsekvenserna skulle bli och hur acceptans i full skala skulle påverka *människovärdet* och den personliga *integriteten*.

LITTERATUR: Juth 2007, Sandin 2002.

Försök med/på, se *prepositionsetik*.

Försöksdjur används inom medicinen exempelvis i samband med att man testar nya läkemedel eller nya kirurgiska metoder. Enligt *Helsingforsdeklarationen* måste försök med

människor alltid ha föregåtts av försök med djur. Det innebär dock inte att man får använda försöksdjur hur som helst. Det används många olika djurarter i medicinsk forskning, allt från encelliga organismer, bananflugor, zebrafisk, bläckfisk, möss till grisar, hundar och apor. Möss och speciellt sådana som är genetiskt specialframtagna, exempelvis transgena möss, är nog de kvantitativt vanligast förekommande i medicinska experiment. En viktig skiljelinje brukar gå mellan ryggradsdjur (vertebrater) och ryggradslösa, dvs. i vilken omfattning djurens centralnervsystem är utvecklade och därmed deras antagna förmåga att känna smärta. I dag används även privatägda hundar som deltar i medicinska försök och där husse eller matte gett sitt informerade samtycke. Se *djuretik*.

Försöksperson kan vara både en patient och en frisk person som deltar i ett kliniskt försök eller experiment. Man brukar skilja mellan försökspersoner som själva har gagn av att delta i ett försök och försökspersoner som inte själva har omedelbar gagn av att delta. Detta utesluter dock inte att framtida patienter inklusive den aktuella försökspersonen på sikt kan få gagn av den kunskap som blev resultatet av forskningen ifråga. Försökspersoner förutsätts ha fått adekvat och begriplig information och sedan gett sitt frivilliga samtycke. Försökspersonen förutsätts också i vanliga fall vara *beslutskapabel*, men om försökspersonen inte är beslutskapabel måste någon annan samtycka i personens ställe. I sådana fall brukar dock försökspersonen själv ha gagn av att delta, men undantag kan också godtas då den grupp av patienter som försökspersonen tillhör (exempelvis patienter som lider av demenssjukdom) har gagn av att patienten deltar. Se också *informerat samtycke*.

Förtjänst är en idé om vad som gör fördelningar rättvisa. En rättvis fördelning är enligt förtjänstprincipen i enlighet med vad personen förtjänar. Detta är en uråldrig princip som vissa tycker går till hjärtat av moralen, dvs. att klandra den som uppträtt illa och berömma den som uppträtt väl. Den kommer också till uttryck i Gamla tes-

tamentets *lex talionis*-princip: öga för öga och tand för tand. Idén har traditionellt varit företrädd just vad beträffar den rättvisa som handlar om att fördela straff efter brott, också kallad retributiv rättvisa. Exempelvis Kant försvarade förtjänstprincipen i relation till frågan om straff. Enligt Kant så innebär det respekt för en människas autonomi att behandla honom/henne efter de principer han/hon ger uttryck för när han/hon betar sig brottsligt mot andra, eftersom man utgår från att han/hon är ansvarig för sina handlingar och handlar i enlighet med sina egna principer. Om någon mördar en annan människa och därmed visar att han tycker att det är acceptabelt att handla efter principen att det är rätt att mörda folk, varför skulle inte vi behandla honom efter denna princip, resonerar Kant. Att inte göra det är att neka brottslingen möjligheten att sona sina brott. Detta synsätt har kritiserats, bland annat genom att man har ifrågasatt egenvärdet i att försäkra för någon om det inte leder till något bättre eller genom att hävda att ett brott sonande består i uppriktig ånger och kompensation till offret snarare än straffet i sig.

Förtjänstprincipen förekommer dock också som idé om hur värdefulla saker bör fördelas. Vem ska få jobbet? Den mest meriterade. Vem ska ha högst lön? Den som är mest förtjänt av den. Dessa sätt att tänka är ofta uttryck för förtjänstprincipen. Dock måste förtjänstprincipen ange vad det är som gör en förtjänt eller, med andra ord, en (eller flera) förtjänstgrundande egenskap(er) eller förtjänstgrund(er). Ett vanligt förslag har varit bidrag till produktionen, dvs. att man ska få gott i den utsträckning man åstadkommer gott och tvärtom. Meriter betyder ibland just ens bidrag till en viss produktion, alltså vad man åstadkommit eller ibland vad man med sin egenförvärvade kunskap kan förväntas åstadkomma. Problemet med detta förslag är att vilken rimlig förtjänstprincip som helst måste utgå från att det bara är sådant man själv kan rå för som kan göra en förtjänt. Om du inte hade kunnat undvika att göra något kan du knappast förtjäna något som ett resultat av det. Detta sätt att tänka återkommer exempelvis i vårt rättssystem, som slår fast att om man kan göra det troligt att en

person inte kunde rå för vad han gjorde, exempelvis på grund av okunskap, tvång eller psykisk sjukdom, så uteblir som regel samhälleligt klander i form av straff. Vad i våra bidrag till produktionen som vi själva rå över är emellertid oklart. Hur produktiva vi är verkar i stor utsträckning avgöras av saker utanför vår kontroll, både våra medfödda egenskaper och benägenheter som exempelvis vår sociala situation och bakgrund. Detsamma gäller vår förmåga att anstränga oss såväl som vår faktiska ansträngning. Att isolera vad vi själva rå för verkar kräva en lösning på problemet med *fri vilja*, men även om denna typ av filosofiska problem var lösta verkar det praktiskt väldigt svårt att avgöra.

I sjukvårdssammanhang verkar förtjänstprincipen komma in i två typer av resonemang. Det ena är en idé om positiv förtjänst, som handlar om att äldre personer som bidragit till att bygga upp det offentliga sjukvårdssystemet genom att betala skatt hela livet därmed skulle ha särskilda anspråk på att få del av det. Det andra resonemanget, som är betydligt vanligare, slår fast att man är ansvarig för sin hälsa, och om man misskött sig så har man inte samma rättmätiga anspråk på att få vård som om man skött sig. Även om den offentliga vårdpolicyn om prioriteringar inom vården, som bland annat bygger på SOU 1995:5 (*Vårdens svåra val*) uttryckligen tar avstånd från förtjänst som grund för prioritering och fördelning, så finns det mycket som talar för att denna princip ändå spelar stor roll i människors sätt att tänka också inom vården och därmed troligen i det bemötande och den praxis vad gäller prioriteringar som finns. Det kan vara svårare för en rökare att få sympati för sin KOL eller lungcancer än en icke-rökare, eller för en alkoholist med levercirrhos än en absolutist med en medfödd leversjukdom. Denna tankegång verkar dock inte ha genomslag beträffande idrottares självförvällade skador. En intressant fråga är hur vi ska se på sådana som har förhöjd genetisk benägenhet att få lungcancer som ett resultat av rökning. Om en sådan person får lungcancer, är han mer eller mindre klandervärd än en rökare med lungcancer som inte har dessa gener? Svårigheten att besvara denna typ av frågor visar att

förtjänstprincipen inte är så klar som i förstone kan verka vara fallet. Se *rättvisprincipen*, *Rawls*, *prioritering* och *meritokrati*.

LITTERATUR: Arthur 1991, Tännjö 1998 (1).

Förtroende för sjukvården är synnerligen viktigt, dels för att patienter ska våga söka sjukvården, dels för att patienter ska ställa upp i klinisk forskning som frivilliga försökspersoner eller i den kliniska undervisningen av exempelvis läkarstuderande. Förtroende är också viktigt för benägenheten att donera organ eller vävnad för transplantation och forskning. De speciella erfarenheter som amerikanska afroamerikaner haft, dels av diskriminering i allmänhet, men också av hur de tidigare blivit exploaterade i medicinsk forskning, kan ha bidragit till att just denna grupp har mindre förtroende för sjukvården och är mindre benägen att ställa upp i forskning och som donatorer. Förtroendet för sjukvården baseras också på att resurser fördelas på ett rättvist sätt, och ibland kan ett stort förtroende bidra till att patienter eller försökspersoner inte är så intresserade av exempelvis informerat samtycke. Och vice versa. Ju mindre förtroendet är, desto mer vill patienter veta innan de bestämmer sig. Samtidigt ska man också vara uppmärksam på att informerat samtycke och transparens i forskningen kan bidra till att öka förtroendet och att andra förhållanden kan påverka önskemål om mer eller mindre information. Se också *informerat samtycke*.

Ett vanligt argument mot alla former av döds hjälp har varit att den riskerar att minska befolkningens förtroende för sjukvården. Det finns dock inget empiriskt stöd för denna hypotes, utan det förefaller tvärtom som om att införandet av döds hjälp antingen inte påverkar förtroendet alls eller så ökar det förtroendet. En förklaring till detta kan vara att befolkningen generellt är positiva till åtgärder som stärker patienters ställning och medbestämmande i sjukvården.

LITTERATUR: Lindblad et al. 2009, Sorsa 2000.

Förvrängning av forskningsprocessen, se *forskningsfusk*.

G

Galenos (129–199) var en grekisk läkare som studerade i Alexandria och som senare var verksam i Rom. Galenos var inspirerad av både Hippokrates och den s.k. alexandrinska skolan. Han genomförde i Alexandria dissektioner och vivisektioner på djur och hade i egenskap av läkare för gladiatorer också rika tillfällen att studera människans anatomi. Under sin tid i Rom höll han offentliga föreläsningar och dissektioner, och han var dessutom under en period även kejsar Marcus Aurelius livläkare.

Galenos hade en enorm vetenskaplig produktion, framför allt var det en sammanställning av den kunskap som fanns hittills, men också betydande egna bidrag till kunskapen. Galenos verk har haft stort inflytande på medicinens inriktning under en period på nästan 1500 år. Det är först under renässansen med Andreas Vesalius och senare William Harvey som man började ifrågasätta den galenska medicinen och världsbilden. Anledningen till dess starka position är dels Avicennas skrifter på 1000-talet i vilka Galenos skrifter tolkas med aristoteliska glasögon och senare på 1200-talet då Galenos skrifter (liksom Aristoteles) blir kanoniserade av kyrkofadern Thomas av Aquino och därmed av den katolska kyrkan. Detta bidrog till att det var svårt att ifrågasätta Galenos som egentligen själv tillhörde en empirisk tradition och kanske själv skulle ha ställt sig frågande inför påståendet att han skulle ha presenterat det slutgiltiga svaret på vad sjukdom är och hur den ska diagnostiseras och behandlas. Se *humoralpatologi* och *fallibilism*.

LITTERATUR: Porter 1999.

GCP, se *good clinical practice*.

Generositet är ett klassiskt exempel på en dygd som kan ses som den *gyllene medelvägen* mellan att vara snål och att vara slösaktig. Se också *dygdetik*.

Gen-etik berör de etiska problem som uppstår i samband med diagnostik, behandling och rådgivning kring genetiskt betingade sjukdomar och tillstånd (se också *genetisk vägledning*, *genetisk screening*, *fragile-X* och *Huntingtons sjukdom*). Detta område av den medicinska etiken har varit ett av de mest expansiva under de senaste decennierna, mycket beroende på genetikens och genteknikens snabba utveckling, bland annat genom kartläggningen av det mänskliga genomets avslutande i HUGO-projektet på 1990-talet. Det som tidigare togs för science fiction ter sig i dag fullt möjligt och ibland redan verkligt: som gentest, genetisk terapi, genetisk modifiering genom rekombinant DNA-teknik och kloning. Numera finns därför internationella konferenser i gen-etik och till och med ett eget uppslagsverk: *The Companion to Genetics*, precis som det finns *Companion to Bioethics* och *Ethics* i allmänhet. I det följande ska de frågeställningar som står i centrum för gen-etiken presenteras.

För det första finns alla de etiska frågor som väcks i och med olika gentester. Där finns dels gentest som används diagnostiskt, dels för sjukdom som ännu inte brutit ut (presymtomatiskt), men där testet kan påvisa förhöjd risk för att så sker i framtiden. Vad gäller den sistnämnda typen av test skiljer man ibland på presymtomatiska gentest och prediktiva gentest. De förstnämnda testar för sådana sjukdomar vars utbrott i huvudsak eller enbart bestäms av ett genställe s.k. monogena sjukdomar, och som vanligtvis löper väldigt hög risk att bryta ut om genen finns. De sistnämnda testar för multifak-

toriella sjukdomar, där flera gener och miljöfaktorer påverkar sjukdomens sannolikhet för att manifesteras sig. Beträffande de prediktiva testerna så används de för att testa många folksjukdomar, som diabetes, hjärt-kärlsjukdomar och vissa former av *alzheimer*.

Ett problem med dessa tester är att testresultatet är så obestämt eller lågt att deras vägledande förmåga är tvivelaktig. Man kan diskutera värdet av presymtomatiska test generellt, speciellt när det inte finns några förebyggande eller ens lindrande åtgärder. Det diskuteras också om tredje part ska ha rätt att få ta del av testresultat: försäkringsbolag, arbetsgivare, polis och givetvis de släktingar man delar sina gener med kan ha intresse av att få ta del av informationen som ett gentest ger. Vidare uppkommer frågan om dessa tester bör göras på barn eller foster med relaterade frågor om *fosterdiagnostik* och *PGD*. Det väcker frågan om vad man ska få använda den genetiska informationen till. Ska den få användas till att undvika sjukdomar eller kanske till och med för att välja egenskaper (kön, hårfärg, intelligens etc.) på sina barn? Här lurar frågor om skillnaden mellan sjukdom och egenskaper, vilka liv som är värda att leva samt hur samhället bör styra sina individer med avseende på detta. Ytterligare en fråga är vem som ska ha rätt att patentera gener som ett resultat av genetisk forskning och vilken form dessa *patent* ska få ta. Ska det vara på genetiska produkter och tekniker (som nya gentest) eller också på genetisk information om en viss gens funktion?

För det andra finns frågor som relaterar till genetisk terapi och genetisk modifiering. Här kan man skilja mellan genetiska interventioner som enbart påverkar kroppen på den som genomgår interventionen (somatisk genterapi eller genmodifiering) och sådana som också går i arv till kommande generation (s.k. "germ-line genetic intervention"). Den sistnämnda typen av modifiering är givetvis mer kontroversiell. Under denna typ av frågor faller också frågor som berör genetisk modifiering av mikroorganismer, växter och djur för olika syften. Diskus-

sioner om naturlighet, risker och möjligheter beträffande miljö och hälsa står i centrum här.

För det tredje finns diskussioner om *stamcells forskning*, *kloning* och *chimärer* (se separata artiklar om detta).

För det fjärde finns diskussioner som relaterar till alla dessa frågor om vilka vi är och hur och i vilken utsträckning våra gener avgör detta (se också *personlig identitet*). En sådan fråga berör i vilken utsträckning våra gener faktiskt bestämmer våra egenskaper och vårt beteende. Svaret på den frågan är än så länge öppet, men genetikens framsteg har visat på att hur vi är och blir, avgörs i stor utsträckning av våra gener och *epigenetiken*. Framtida forskning är det enda som kan avgöra i vilken omfattning det synsättet är giltigt. Se också *fragile-X* och *Huntingtons sjukdom*.

LITTERATUR: Burley et al. 2002, Göransson 2004, Juth 2003 samt 2005, Takala 2000, Thompson 1999.

Genetisk screening görs för vissa sjukdomar där man anser att det finns en möjlighet att vid tidig upptäckt förebygga utveckling av sjukdom som följd av genetisk defekt. Ett exempel utgör den metaboliska sjukdomen fenylketonuri (PKU), där det saknas ett speciellt enzym vilket orsakar att aminosyran fenylalanin inte kan brytas ned. En anhopning av detta ämne kan obehandlat leda till psykiskt funktionshinder. Genetisk screening för PKU görs därför redan på det nyfödda barnet, ett screeningförfarande man har genomfört i Sverige sedan 1975. Eftersom det blodprov som tas vid screeningen sparas i en medicinsk *biobank*, har man möjlighet att göra en genetisk profil på alla som är födda efter 1975. I dag görs genetisk screening på nyfödda för fyra sjukdomar utöver PKU: kongenital hypotyreos, galaktosemi, kongenital binjurehyperplasi samt biotinidasbrist. Dessa sjukdomar har det gemensamt att de är mycket allvarliga (leder till allvarliga handikapp eller förtida död), enkla att förebygga effektivt och sällan föregås av misstanke om att de finns. Man har ansett att de tre villkor som angetts ska föreligga för att screening ska vara berättigad,

även om det råder oenighet om vilken grad av sjukdomsskada och effektivitet i behandlingen som ska krävas. Vilken grad av förekomst (eller prevalens) av tillstånd som ska krävas är också omdebatterad. Så har exempelvis American Society of Human Genetics föreslagit 27 tillstånd för vilka man ska screena nyfödda.

Det är viktigt att skilja genetiska undersökningar som sker på en patients eget initiativ från genetisk screening, där initiativet kommer från sjukvården. Det innebär att screeningprogram alltid leder till problem med patientens autonomi. Representanter från sjukvården uppfattas vanligen som auktoriteter på området vilket kan innebära en påtryckning att ställa upp. Man riskerar också att skapa oro genom att införa screeningprogram. Det är också viktigt att skilja mellan screening som kan leda till specifika åtgärder om man upptäcker en genetisk disposition för en sjukdom, exempelvis PKU där man genom speciell diet kan förebygga utvecklingen av sjukdomen, och en sådan screening som inte kan leda fram till sådana åtgärder. Som för alla typer av generell screening ska WHO:s kriterier för screening vara uppfyllda, och det gäller bland annat att 1) sjukdomen ska vara behandlingsbar, 2) sjukdomen ska vara vanligt förekommande och 3) att screeningen ska vara kostnadseffektiv. Se *PKU-register* och *biobanker*.

Det finns en rad andra sjukdomar för vilka man kan genomföra mer riktade screeningar. Vissa typer av bröstcancer med en mutation på genen BRCA1 är ärftlig och finns den i släkten kan en kvinna som också har den aktuella genen välja att i förebyggande syfte bortoperera sina bröst eller gå på täta kontroller. Denna typ av genetisk screening, också kallad kaskadtestning, får alltså stora konsekvenser för den drabbade. Det ställer därför mycket stora krav på screeningmetodernas träffsäkerhet – se *sensitivitet* och *specifitet*. Andra typer av genetiska screeningar kan med dagens teknik (2008) genomföra för en relativt låg penningssumma (kring 1000 dollar) en total kartläggning av en individs genetiska uppsättning. Med en sådan total analys, i vilken många olika gener ingår, blir det möjligt

att även kunna skatta en persons risk för att utveckla polygenetiska sjukdomar som exempelvis hjärt-kärlsjukdom, och därmed finns också möjlighet att eventuellt förebygga sjukdomarna. Detta fordrar dock en mycket noggrann analys av kostnadseffektiviteten och en kritisk granskning av indikationer för eventuell medicinering så att eventuell sjukdom hindras. Här finns ett område med stor försäljningspotential för läkemedelsproducenter. Om jag exempelvis får beräknat 28 % risk att som 65-åring drabbas av hjärtinfarkt – ska jag då börja ta medicin i förebyggande syfte? När ska jag i så fall påbörja sådan medicinering och vilken behandling är mest lämplig? Andra frågor rör till vilken kostnad och med vilka biverkningar etc. En total kartläggning kan också vara av intresse för liv- och sjukförsäkringsbolag när de ska bedöma hur stor premie vi ska betala eller om de över huvud taget vill teckna en försäkring.

LITTERATUR: Chadwick et al. 1999, Juth et al. 2007, Shickle 1999, SMER 2002.

Genetisk vägledning är en kommunikationsprocedur mellan en eller flera patienter som överväger att göra genetiskt test och en representant från sjukvården. Vägledningen innefattar dels informationsinhämtning om vad patienten förväntar sig och vill ha reda på, dels informationsöverföring, givet att patienten bestämmer sig för att göra testet i fråga. Syftet med genetisk vägledning är att förmå patienten att fatta ett välgrundat beslut i enlighet med sina egna önskemål och värderingar och att stödja patienten i denna process. En vägledning innefattar ofta mer än rent medicinsk kunskap om genetik, och det förutsätter exempelvis ofta pedagogisk, etisk och psykologisk kunskap. Därför utvecklas genetisk vägledning i allt högre grad till en egen profession, även om den traditionellt utförts av kliniska genetiker. Förklaringen till att vägledningsfunktionen kommit att spela en särskild roll just vid genetiska test är de problem som ofta uppkommer i samband med dessa. Dels är de ofta starkt prediktiva för allvarlig sjukdom, dels kan släktingar beröras av risken för att drabbas av en genetiskt betingad sjukdom

(se exempelvis *fragile-X* och *Huntington*). Därför är också beslut om genetiska test relevanta för familjebildning och ges ofta till par eller hela familjer och släkter.

Som synes av målsättningen är ett viktigt mål med genetisk vägledning att både bevara och gynna patientens autonomi. Därför har normen om icke-styrning ("non-directiveness") kommit att inta en central roll i den genetiska vägledningen. Normen innebär att man inte ska influera patienten att fatta beslut utan hänsyn tagen till patientens egna värderingar och önskemål. Det innebär att vägledaren inte ska ha en egen dagordning om vad som är önskvärt för patienten. Det kan exempelvis i vissa sammanhang finnas en indirekt förväntan, när man fått information om att exempelvis ett foster har risk för att utveckla en viss sjukdom eller kromosomavvikelse, att föräldrarna bör ta konsekvensen och göra abort. Denna typ av förväntningar hör inte hemma inom genetisk vägledning. Det som ska delges är information om att alternativet finns, men också information om andra alternativ och hur man kan få hjälp med dem. Det innebär också att patienten ska få del av den information som hon anser vara relevant för beslutsfattandet, vilket kan innefatta allt från sjukdomsförlopp till sociala frågor om möjlighet att få försäkring och hur det är att leva med sjukdomen i fråga eller med närstående eller barn som har den. Det innebär dock inte att vägledaren ska avstå från att ge information som inte efterfrågas, eftersom ny kunskap kan hjälpa patienten att fatta beslut i en fråga. Det innebär inte heller att vägledaren måste avstå från att ge råd. Vid ett traumatiskt besked om en allvarlig sjukdom kan exempelvis konsultation av en psykolog eller annan form av stöd hjälpa patienten. Den vägledande funktionen är nämligen inte bara informationsgivande utan också stödjande. Det är en grannliga uppgift att ge en sådan information och sedan låta föräldrarna eller andra berörda förhålla sig till den genetiska informationen. En fråga som uppstår är hur "låg profil" man som vägledare ska ha. Vissa genetiker anser att även om föräldrarna skulle fråga doktorn vad han eller hon

skulle göra i deras ställe – vilket är en vanlig och klok fråga av patienter – så bör doktorn avstå från att svara (se *vad skulle du göra i mitt ställe?*). Detta kan dock leda till att patienten uppfattar det som att vägledaren distanserar sig från eller är likgiltig inför patienten, vilket kan försvåra vägledarens stödjande funktion. Ett sätt att stödja utan att styra i situationer som denna är att svara med motfrågor om vad patienten vill ha reda på eller oroar sig för. Se vidare *patientcentrering*. Bakom den genetiska vägledarens attityd kan det också ligga en uppfattning av värdet av autonomi – ska man befrämja och understödja en patients autonomi eller ska man respektera patientens autonomi och eventuella beslut att delegera till vägledaren att fatta beslut? Anser man att patientautonomin har egenvärde och sålunda bör stärkas och befrämjas så blir uppgiften att lära eller tvinga patienten att fatta beslut – även i fall då patienten önskar delegera till vägledaren att fatta beslut. Anser man att respekt för patientens autonomi är viktigast så måste man också respektera patientens beslut att delegera beslutsfattandet till vägledaren. Se också *autonomi-enhancement*.

LITTERATUR: Adelswärd 2002, Brandberg 2003, Clarke 1998, Harper 2001, Juth 2005.

Genvedeklarationen är formulerad av World Medical Association 1948. Tillkomsten har sin bakgrund i de brott som skedde i Nazityskland före och under andra världskriget med hjälp av den tyska läkarkåren. Deklarationen har samma uppbyggnad som den *hippokratiska eden* och de enskilda reglerna är formulerade som viljeyttringar eller löften och börjar alla med JAG. I motsättning till exempelvis läkarreglerna finns däremot inga "läkaren bör" eller "ska" etc. (även om man själv förbinder sig till att man ska göra vissa saker, se punkt 5, 6 och 9). Deklarationen innehåller följande tio avsiktsförklaringar:

- 1) Jag vill ägna mitt liv åt att stå i mänskligheten tjänst.
- 2) Jag vill visa respekt och tacksamhet mot min lärare.

- 3) Jag vill utöva min gärning med omsorg och värdighet.
- 4) Min patients hälsa står i första rummet för mitt intresse.
- 5) Jag ska inte tala om för andra vad patienten informerat mig i förtroende – även efter patientens död.
- 6) Jag ska sträva efter att hålla läkarkårens nobla traditioner levande.
- 7) Mina kollegor är mina bröder.
- 8) Jag vill inte låta patientens religion, nationalitet, ras, politiska tillhörighet eller sociala status påverka min medicinska behandling.
- 9) Jag respekterar mänskligt liv från dess begynnelse, även under hot, och skall inte använda mina medicinska kunskaper mot mänskliga intressen (the laws of humanity).
- 10) Jag utlovar detta helt fritt och på min ära.

Vissa punkter ger upphov till frågeställningar om hur de ska tolkas. Exempelvis kan man undra vad respekten för ens lärare innebär. Medför det exempelvis att man inte ska ifrågasätta läraren även om man tror att det ligger i patientens bästa intresse att göra det? I så fall blir det en konflikt mellan dessa målsättningar. Vidare kan man fråga sig vad respekten för liv innebär. Ska det tolkas som oförenligt med exempelvis abort eller dödshjälp? Reglerna är allmänt hållna och kan därmed inte ensamma förväntas lösa de svårare etiska dilemman som här nämnts.

LITTERATUR: Sundström 1997.

Genterapi innebär att man i terapeutiskt syfte överför preparerat genetiskt material (DNA) till målceller – ofta genetiskt defekta (stam-) celler – som sedan förväntas att fungera normalt. I praktiken används i dag oftast viruspartiklar (kapslarna) där man tagit bort viruset eget DNA och ersatt det med det DNA man önskar komplettera eller reparera de aktuella defekta cellerna med. Man begagnar sig då av viruspartiklarnas förmåga att tränga sig in i cellerna och i cellkärnan och därmed förmågan att överföra det genetiska materialet.

Man har prövat genterapi inom en rad om-

råden, och det finns höga förväntningar om att man så småningom skulle kunna behandla exempelvis de defekta cellerna (ö-vävnaden) i bukspottkörteln som normalt ansvarar för produktionen av insulin, men som inte fungerar vid diabetes mellitus. Vissa typer av leukemi har också varit föremål för forskningsintresse. Ett område där man försökt tillämpa genterapi, men inte haft framgång, är inom området instabil angina pectoris som inte kan behandlas med kirurgi och där konventionell behandling inte fungerar. Man har här överfört DNA-material som skulle kunna öka kärlnybildningen med hjälp virus (adenovirus) som sprutats in i kranskärnen. Teoretiskt skulle detta kunna fungera men i praktiken gick det inte. Ett av problemen med genterapi är att virus inte alltid når fram till målcellerna eller inte når rätt till det defekta kromosomsegmentet eller i värsta fall integreras på fel sätt i kromosomen och leder till ohämmad celledelning. Ett annat är att viruskapslarna kan fungera på ett annat sätt än förväntat, kanske är de inte helt renade från DNA, kanske finns annat material i dessa som kan skada och åstadkomma andra sjukdomar. Löfteshorisonten förefaller hög då det gäller att utveckla genterapier, men det finns många kortsiktiga och långsiktiga säkerhetsaspekter som måste beaktas, och många studier som måste genomföras innan man kan introducera genterapin i rutinsjukvården.

LITTERATUR: Crisp 2001.

Genusperspektiv eller könsperspektiv

innebär att man i vetenskapligt sammanhang beaktar intressen och värden som berör både män och kvinnor. I allmänhet brukar man skilja på kön och genus, där det förstnämnda framför allt rör biologiska skillnader mellan kvinnor och män, och det andra rör de värderingar och roller man knyter till sådana skillnader eller till de skillnader man gör som inte är ett direkt resultat av biologiska skillnader, dvs. samhälleliga skillnader mellan kvinnor och män. Anlägger man ett genusperspektiv på exempelvis medicinsk forskning är det inte svårt att se att det länge funnits en slagsida där man fram-

för allt fokuserat på män. Vid utdelningen av forskningsanslag och även nobelpriser kan det finnas en genusblindhet eller bias så att kvinnor, allt annat lika, förfördelas. Se exempelvis Lise Meitner och Jocelyn Bell.

Inom den kliniska medicinen har man vid utvecklandet av olika referenssystem eller beskrivning av sjukdomsförlopp och val av behandlingar ofta studerat enbart män. Man talar om att man varit blind för genusaspekter och att man framfört påståenden härledda från undersökningar av män som om de också skulle vara gällande för kvinnor; med andra ord har mannen som norm för människan i allmänhet kommit till uttryck också inom medicinen. Om vi kräver jämlikhet och rättvisa beträffande kunskapsutvecklingen inom medicinen så bör man också se till att kvinnor inkluderas i studier. Många gånger har kliniska studier genomförts där man av bekvämlighets skull har exkluderat kvinnor då hormonella variationer kan påverka utfallet. Empiriska studier har visat att vissa sjukdomar hos kvinnor, exempelvis hjärt-kärlsjukdomar, har ett annat förlopp och kräver ett annat omhändertagande. Därför finns det i dag i de flesta sammanhang krav på att om en klinisk studie ska godkännas i en etikprövningsnämnd så ska genusperspektivet vara beaktat.

Det finns en känd tydlig tendens att merparten sjuksköterskor och barnmorskor är kvinnor och en majoritet av läkare är män – än så länge. Det finns dessutom ett intressant genusperspektiv på inom vilka läkarspecialiteter män och kvinnor är verksamma, vilket blir speciellt intressant när detta relateras till *specialiteters prestige*. Ett liknande fenomen finns inom olika *diagnosers prestige*.

Inom etiken finns också exempel på hur genusblindhet har lett till felaktiga generaliseringar (se *Kohlberg, feministisk etik, Gilligan* och *moralisk utveckling*). Det är speciellt feministisk forskning som har uppmärksammat både genusblindheten och den dominans som traditionellt manliga forskare har med sina värderingar och preferenser, vilket också visat sig ha betydelse vid tillsättning av forskartjänster och be-

dömning av meriter. (Se *prioritetsstrider* och *Rosalind Franklin*). Även för bemötandet i kliniska sammanhang har genusaspekten spelat roll, och vi har gått från SVBK (sveda-värk-bränn-kärningar) till *fibromyalgi* när det blivit uppenbart att också män kan ha likartade problem. Inom diskussionen av reproduktionsmedicin och -teknologi har vissa genusteoretiker länge hävdade att den präglas av en manlig agenda, t.ex. att utgångspunkten kan uppfattas som att det önskvärda för en kvinna är att få en biologiskt besläktad avkomma. Andra genusteoretiker har hävdade att denna teknik har en frigörande potential, och i framtiden kan exempelvis ektogetes och omvandling av könsceller, göra att kvinnor får större makt över sin reproduktion. LITTERATUR: Benhabib 1992, Löfmark 2007, Wold et al. 1997.

Gilligan, Carol (1936-) lanserade en moralisk utvecklingsteori som även inkluderade flickors och kvinnors sätt att resonera moraliskt, i kontrast till Lawrence *Kohlbergs* teori som fokuserade på pojkars och mäns sätt att resonera. Se *moralisk utveckling* samt *feministisk etik*.

GMO är en förkortning för genetiskt modifierade organismer, alltså organismer där man använt DNA-teknologi för att hindra uttrycket av en gen. Det kan också röra sig om att eliminera eller tillföra en gen till en organism, vilket påverkar organismens egenskaper. GMO-teknik används för både mikroorganismer, växter och djur och anses mer eller mindre kontroversiellt: minst kontroversiellt för mikroorganismer, mer för växter, än mer för djur och mest för människor (angående det sistnämnda, se *enhancement* och *gen-etik*). Det sistnämnda är ofta direkt förbjudet, som i EU i dag, åtminstone vad gäller genetisk modifiering som kan gå i arv till kommande generationer, s.k. germline modification (se också *chimär*). Detta till skillnad från genetisk terapi, som inte går i arv och inte anses lika kontroversiellt. Den etiska diskussionen om GMO vad gäller människor och djur förs ganska separat från den som gäller mikroorganismer och växter. Vad gäller den

sistnämnda diskussionen uppkommer ofta s.k. ekocentriska läror, som hävdar att arter, ekosystem eller egenskaper hos ekosystem, som stabilitet och mångfald, kan ha *egenvärde* och därför inte bör manipuleras. Det finns dock hänvisningar till grundläggande värden som är gemensamma för all diskussion kring GMO. De som är skeptiska mot GMO-teknologin brukar då hänvisa till idéer om naturlighet som ett värde eller de risker som en användning av teknologin kan medföra, inte sällan utifrån *försiktighetsprincipen*. De som är positiva till teknologin brukar betona vinster, framför allt i termer av miljö och hälsa. Två favoritexempel från dem som är positiva är ett s.k. "golden rice", som är ett vitamin- och järnberikat GMO-ris, samt GMO-mikroorganismer som bryter ned kemiskt och biologiskt avfall.

LITTERATUR: Juth 2007.

Good Clinical Practice eller **GCP** innebär en forskningspraxis där man beaktar både metodologiska, tekniska, säkerhetsmässiga, legala och etiska aspekter vid genomförandet av kliniska studier av framför allt läkemedel och avancerad teknisk utrustning. I en vid mening av etik kan alla dessa andra aspekter vara etiskt relevanta, dvs. viktiga för att avgöra frågan om vilken forskningspraxis som bör etableras. I Sverige måste den kliniska läkemedelsforskningen vara i överensstämmelse med GCP vilket framgår av regelverk och EU-direktiv samt läkemedelslagen etc. Se också *läkemedelsindustrin*.

Gråzon refererar enligt Nationalencyklopedin (1992) ursprungligen till folkrättsliga bestämmelser om gränsdragningar i omtvistade havsområden inom vilka enbart de tvistande parterna får fiska eller åka med sina båtar. Andra länder är inte tillåtna att fiska här. I analogi med denna referens till havsområden med oklara gränsdragningar har begreppet gråzon också fått en innebörd inom exempelvis forskningsetiken. Gränsdragningen mellan det etiskt tillåtna/acceptabla och det förbjudna/inte acceptabla kan ibland vara oskarp eller vara utan enighet (konsensus) om var den precisa gränsen ska dras.

Exempel på sådana gränsdragningsproblem är frågor som berör medförfattarskap. Vem har kvalificerat sig och vem bör endast tackas i ett *acknowledgement*? Är det exempelvis acceptabelt att chefen för forskningsteamet/institutionen står med även om han/hon inte bidragit substantiellt? Det kanske skulle underlätta publicering i en välrenommerad tidskrift. Är det acceptabelt att ta bort så kallade extremvärden (outliers) som kan störa bildandet av en annars elegant (vacker) kurva? Är det acceptabelt att retuschera en elektronmikroskopisk bild för att få bort vad man tror är en artefakt, som märket från arkeologens spade på en antik vas? Det finns en rad gråzoner mellan vad som å ena sidan kan klassificeras som god forskning eller åtminstone normalvetenskap och å andra sidan dålig forskning eller rent av uppenbart fusk. Gränsdragningsproblem uppkommer dock i många medicinsk-etiska frågeställningar utanför forskningsetiken, som exempelvis gränsen mellan vilka tillstånd som är så allvarliga att vården bör erbjuda hjälp för dem eller vilka tillstånd man bör medge fosterdiagnostik för och inte.

Gräddfil är en *metafor* som används för att beskriva hur vissa personer genom speciella förvärvade eller ärvda meriter uppnår fördelar och företräde före andra inom exempelvis sjukvården. Ordet gräddfil refererar ursprungligen till att det på vissa håll i världen finns speciella filer i trafiken där enbart "samhällets grädda" får köra och sålunda slipper att sitta i bilköer som alla andra. I analogi med den trafikpolitiska uppdelningen mellan de som får sitta i kö och de som får tillstånd att köra i gräddfilen, använder vi samma terminologi inom sjukvården när vi beskriver hur vissa personer slipper köa och får hjälp med diagnostik och behandling utan väntetid. Det kan vara frågan om personer som på olika sätt anses ha meriterat sig, exempelvis idrottsstjärnor, framstående skådespelare och politiker, näringslivstoppar etc. Gräddfiler är dock helt i strid med svenska prioriteringsprinciper, där behovet och inte den sociala positionen eller förmågan att göra sig hörd ska avgöra

om man ska köa eller få vård direkt. Tvärtom har man slagit fast att personer med nedsatt autonomi ska gå före, allt annat lika. Se *prioritering*.

Metaforen, "samhällets grädda", kommer i sin tur från den tid då mjölken levererades i flaskor och mjölken inte var homogeniserad. Grädden flöt då upp i flaskhalsen och utgjorde kanske ett par centiliter av en liter mjölk. Analogin med den politiska konservatismens fader, Edmund Burkes (1729–1797), organiska samhällskropp är slående. Samhällstoppen (grädden) motsvarar samhällskroppens hjärna och det är då de övriga organens och extremiteternas uppgift att se till att hjärnan har de bästa villkoren eftersom huvudet i sin tur med sitt förnuft och erfarenhet ser till och skyddar organen och extremiteterna för fara och risktagande. Se vidare *jämlikhet* och *metaforer* samt *politiska ideologier*.

LITTERATUR: Ström 1975.

Guilt by association är en typ av ohederlig argumentation där man försöker framställa motståndaren som tvivelaktig genom att associera hans/hennes argument med andra (osympatiska) personer som sagt liknande. På detta sätt kan man få motståndarens argument att



framstå som suspekta eller konstiga. Om man i samband med avbrytande av en livsuppehållande behandling använder sederande läkemedel som är lika de som används vid dödsstraff i USA så kan man (om man är motståndare till dödsstraff) anse det för felaktigt att använda sådana medel vid avslutandet av en livsuppehållande behandling. Det blir alltså fel genom associationen till något som vi tar avstånd ifrån, oavsett om det vore helt adekvat att ge de aktuella läkemedlen. Se också *ad hominem-argument*.

LITTERATUR: Lynöe 2009.

Gyllene medelvägen är ett begrepp som härstammar från den aristoteliska dygdetiken. Exempelvis är en soldats främsta dygd **mod**, som är den gyllene medelvägen mellan de två extremerna feighet och dumdrighet. En god soldat är inte feg men är inte heller dumdrigt, utan soldaten ska vara modig, och även vi andra behöver ofta denna dygd för att kunna genomföra våra egna planer eller hjälpa andra när det medför en risk. På samma sätt är generositet den gyllene medelvägen mellan snålhet och slösaktighet. Slagfärdighet är den gyllene medelvägen mellan en pajas och en träkmåns, välvillighet mellan självutplånande inställsamhet och likgiltighet, och det svenska uttrycket skötsamhet är den gyllene medelvägen mellan att vara slarvig och pedantisk etc. Se också *Aristoteles* och *dygdetik*.

Gyllene regeln kommer till exempel till uttryck i Nya testamentet (Matteusevangeliet 7:12) på följande sätt: "Allt vad ni vill att människorna skall göra för er, det ska ni också göra för dem." Kant formulerade en version av denna regel: "Handla alltid efter den maxim som är sådan att du samtidigt kan vilja att den blir allmän lag." Denna regel kommer till uttryck även i konfucianismen där var och en uppmanas att inte tillfoga andra vad man inte vill att de ska tillfoga en själv. Inom islam finns följande passus: "Ingen är rättrogen förrän han älskar sin broder som sig själv", och inom hinduismen: "Gör inte mot andra något som skulle vålla dig

smärta, om det gjordes mot dig.” Inom budismen säger man: ”Plåga inte andra med det som pinar dig själv”, och inom judendomen: ”Det som är skadligt för dig själv, gör det inte mot din medmänniska.”

Gyllene regeln har ibland lyfts fram som ett exempel på en evigt giltig regel, då den formuleras – om än lite olika – i nästan alla stora religioner och därför alltid gäller eller som man i alla fall inte kan undvika att känna till. Den gyllene regeln kan formuleras både positivt och negativt. Den positiva formuleringen är såsom den exempelvis formuleras i den kristna traditionen: Gör mot andra som ni vill att de gör mot er. Den negativa versionen handlar om att man inte får göra mot andra vad man inte vill att de gör mot en själv. Den positiva formuleringen innebär sålunda mycket mer än enbart att undvika att skada eller göra någon annan illa. Den positiva versionen innebär att vi ska göra gott eller vara hyggliga och välviliga mot andra i alla fall i den omfattning vi själva skulle vilja behandlas av andra i liknande situationer.

Problemet med den gyllene regeln är att den inte är moralfilosofiskt helt hållbar. Den fungerar som tumregel, men som generaliserad regel finns det problem, bland annat eftersom den inte kan appliceras på fanatikern. Den gyllene regeln förutsätter en viss kärlek till sig själv och en människosyn som inkluderar andra människor som människor. Ta exempelvis en fanatisk SS-officer som står inför en jude som han vill avliva. Juden försöker att appellera till SS-officern genom att säga: ”Tänk om du var i mitt ställe, vad skulle du då göra?” Den fanatiska SS-officern skulle då säga: ”Då skulle jag be dig om att skjuta mig!”

LITTERATUR: Andersen 1993, André 2004.

Gåvo-författarskap innebär att någon annan har skrivit en artikel och att andra erbjuds att vara medförfattare utan att de har meriterat sig för detta. Det finns exempel där läkemedelsindustrin har genomfört en läkemedelsstudie och skrivit den vetenskapliga rapporten i artikelform, och sedan går ut och erbjuder kliniska



forskare med högt anseende (external recognition) att stå som huvudförfattare. Det kan också förekomma att oberoende forskare låter en kollega eller vän stå med som författare på ett arbete som kollegan inte bidragit till annat än kanske genom att läsa arbetet, för att sedan räkna med att få en motsvarande gentjänst. Hur vanligt förekommande gåvo-författarskap är finns det inga uppgifter om, och det är synnerligen svårt att ta reda på detta. Gåvo-författarskap eller problem kring författarskap förefaller vara ett av de vanligast förekommande problemen rörande hederlighet i forskningsprocessen inom det medicinska området. En speciell form av gåvo-författarskap hänger ihop med en gammal tradition att chefen för en enhet/institution står med på ett arbete som sista namn. Detta var för redaktören av den vetenskapliga tidskriften ett sätt att få reda på om arbetet var av god kvalitet. Om chefen för en enhet inte ville stå med kunde det indirekt tolkas som en indikation på att något med arbetet inte stod helt rätt till. Det var exempelvis intressant att de två unga forskarna Banting och Best själva stod som enda författare på deras första arbete om insulinets effekt. Man kan fråga sig om det fanns en sådan bakgrund till att chefen för avdelningen, professorn John Macleod, inte stod

med på detta arbete. Se *Banting och Best och forskningsfusk* samt *mutor och Vancouver Uniform Requirement*.

Göra gott-principen (eller godhetsprincipen) är en av de fyra prima facie-principerna: göra gott, inte skada, autonomi och rättvisa, som den s.k. *principilismen* lyfter fram. Principen om att göra gott kan bland annat härledas till den hippokratiska eden som säger att läkaren efter bästa förmåga ska göra gott. Principen säger att man som läkare eller generellt inom sjukvården bör hjälpa människor genom att förebygga sjukdom, diagnostisera och behandla sjukdom då den uppkommer och om eller då det inte längre är möjligt, sträva efter att lindra smärta eller minska effekterna av tillståndet om det exempelvis lett till bestående handikapp. Om inte heller det är möjligt kvarstår stöd i form av tröst. I strävan efter att göra gott måste den som är verksam inom sjukvården då också försöka utveckla metoder och behandlingar som kan kurera sjuka människor eller minska lidandet. Detta innebär att det i principen också finns en ambition eller en plikt att forska. Principen är

som anförts en förstahandsprincip som ibland måste ge vika för andra hänsyn, som exempelvis att undvika att skada eller utsätta patienter för risk för skada både fysiskt och psykiskt. Principen får också ibland ge vika för autonomiprincipen om patienten inte vill utredas, ha behandling eller delta i forskning. Principen att göra gott måste ofta vägas mot principen att inte skada. Nyttomoraliska vägningar, *ceteris paribus*, består ofta av en bedömning av om det finns ett överskott av gott då skadeverkningar och riskkalkyler har dragits ifrån. Med andra ord fungerar principen som ett uttalande om vårdens mål, medan de övriga principerna sätter gränser för vad man får göra för att uppnå dessa mål. Mycket av medicinsk etik handlar om att väga dessa principer när de kommer i konflikt, bland annat genom att undersöka om det finns mer grundläggande principer som det går att hänvisa till för att lösa konflikterna, exempelvis *konsekvensetiska* eller *pliktetiska*. Se även *forskningsprincipen* och *icke skada-principen*. LITTERATUR: Beauchamp et al. 2001, Gillon et al. 1994.

H

Hammurabis lagar stammar från cirka 1790 före vår tideräkning. De berör en rad olika områden, men av intresse här är medicinetiska frågor i relation till vad patienter kan förvänta sig, priset för en lyckad behandling och straffet för en misslyckad. Hammurabis lagar anses vara några av de första av sitt slag och antas att ha inspirerat även en rad av Gamla testamentets lagar. Mest känd är kanske ”öga för öga”-principen som innebär att om jag som fri man sticker ut ett öga på ett annan fri man så ska jag som straff utsättas för samma sak (se *förtjänstprincipen*). Detsamma gäller exempelvis tänder och ben, men om jag sticker ut ögat på en annan mans slav så ska jag betala (till ägaren) hälften av slavens värde. Samma regler finns i Moseböckerna, där man dock har specificerat det ytterligare: öga för öga, tand för tand, hand för hand och fot för fot osv. Sedan finns i både Hammurabis lagar och Moseböckerna en rad mera tidstypiska regler som gäller exempelvis att om en ox stångar ihjäl en slav eller slavinna så ska oxens ägare betala 30 siklar silver till slavens herre och oxen ska stenas.

I Hammurabis lagar specificerades det också att om en läkare lyckades med en operation (exempelvis att ta bort en tumör i närheten av ett öga) utan att skada ögat så skulle läkaren erhålla tio shekel. Om det var en slav som fick samma behandling var priset dock bara två shekel. Men om läkaren misslyckades med operationen (och patienten förlorade synen) skulle läkarens hand skäras av. (Ett sådant straff innebar i praktiken yrkesförbud. I dag skulle motsvarande påföljd kanske ha varit en varning eller att förlora sin legitimation.) Om det gällde en slav och denna avled skulle läkaren dock bara ersätta ägaren med en ny slav.

Även om straffen i dag kan förefalla stränga,

så ska man kanske också tolka dem som ett sätt att beakta patientsäkerhet och hindra självtäkt eller överreaktioner, på samma sätt som fängelsestraff i dag indirekt kan vara en skyddsåtgärd mot vissa brottslingar som annars skulle drabbas av irrationella impuls-/(hämn)reaktioner. Hammurabis lagar bidrog kanske till att sätta gränser för sådana reaktioner – avhuggning av handen, men icke mer. Angående straffets funktion, se vidare *Bentham*.

LITTERATUR: Porter 1999.

Handikapprörelsen är en samlande benämning på de sammanslutningar och förbund vars syfte är att ta till vara både fysiskt och psykiskt funktionshindrades intressen, exempelvis De handikappades riksförbund (DHR). I Sverige har handikapprörelsen varit förhållandevis stark i jämförelse med andra länder och var tongivande i införandet av rätten till personlig assistent, en reform som tämligen framgångsrikt genomförts. Handikapprörelsen är också särskilt uppmärksam på när samhället med hjälp av fosterdiagnostiska metoder vill förebygga födelsen av människor med exempelvis kromosomrubningen trisomi 21 eller andra individer med risk för kända sjukdomar eller förutsebara psykiska eller somatiska funktionshinder. Rörelsen har ofta förhållit sig kritisk till fosterdiagnostik, åtminstone i vissa utformningar och då speciellt ur människovärdessynpunkt (se *fosterdiagnostik*). Dock är inte bilden helt entydig. I andra länder har t.ex. ärftligt döva försvarat fosterdiagnostik för möjligheten att kunna välja döva barn, med hänvisning till en unik kultur bland döva. Om någon idé är gemensam för handikapprörelsen är det framför allt föreställningen att handikapp inte i första hand är en egenskap hos individen, utan ett re-

sultat av förhållandet mellan omgivningen och individen. För att ta ett enkelt exempel: om hus byggdes som de gjordes för femhundra år sedan skulle handikappet kortväxthet (med dagens mått) vara nästan en fördel. Handikapprörelsen anser sig också ta vara på svaga grupperas intressen, däribland även fostrets intressen – i den omfattning man kan säga att ett foster har intressen. Se *personbegreppet* och *moralisk status*.

LITTERATUR: Glover 2006, Juth 2006, Munthe 1996.

Handlingsdeontologi är en speciell form av pliktetik där det är enskilda handlingar och inte regeln eller maximen som ligger till grund för bedömningen av om en handling bör utföras eller inte. Den kantianska pliktetiken är en typisk regeldeontologi, medan handlingsdeontologin är mer sällsynt men företräds av bland annat den danska moralteologen KE Lögstrup. Handlingsdeontologi är också en närliggande normativt etisk position för den som förnekar att det finns några giltiga generella moralprinciper eller normer, dvs. för den som är meta-etisk *partikularist*. Denne menar att vad som är rätt och fel är avhängigt de speciella omständigheter som råder i varje situation på ett sätt som är så komplicerat att det inte låter sig fångas av någon mer generell norm. Se även skillnaden mellan *handlingsutilitarism* och *regelutilitarism*.

Handlingsutilitarism är speciell form av utilitarism där det är de faktiska konsekvenserna av den enskilda handlingen som avgör om den är riktig eller inte, snarare än konsekvenserna av den regel som handlingen är i enlighet med, dvs. *regelutilitarism*. Jeremy Bentham och den svenska moralfilosofen Torbjörn Tännsjö är exempel på handlingsutilitarister, medan John Stuart Mill och Richard Brandt är exempel på regelutilitarister. Även om inte distinktionen mellan handlings- och regelutilitarism var utvecklad på Mills tid kan han tolkas som en regelutilitarist, men han har ibland också tolkats som en handlingsutilitarist. Handlingsutilitarister kan emellertid också mena att vissa regler har en utilitaristisk grund. Exempelvis var RM

Hare en handlingsutilitarist som lade stor vikt vid tumregler. Enligt Hare bör man ofta försöka tillämpa enkla tumregler i stället för att analysera konsekvenserna av olika konkreta handlingsalternativ. Detta med hänvisning till att en sådan analys i sig själv är en handling som kan få dåliga konsekvenser, exempelvis om man har tidsbrist eller otillräcklig information eller är partisk. Hares resonemang utgår från skillnaden mellan utilitarism som *riktighetskriterium* och utilitarism som *beslutsmetod*. Ett riktighetskriterium säger något om varför en handling är rätt – exempelvis att maximera nytta – och beslutsmetod innebär en strategi för att fatta beslut i en given situation exempelvis för att maximera nyttan i så stor utsträckning som möjligt. Se *utilitarism*.

LITTERATUR: Lyons 1965, Sen et al. 1982, Tännsjö 1998.

Hare, Richard Mervyn (1919–2002) är känd för att han å ena sidan bekänner sig till en s.k. *non-kognitivistisk (metaetisk)* position och å andra sidan är kritisk till den non-kognitivistiska variant som kallas *emotivismen*. Även om han anser att moraliska omdömen inte kan vara sanna eller falska hävdar han samtidigt att det faktiskt går att resonera och följa logiska regler vid etisk argumentation, eftersom moraliska omdömen enligt Hare är universaliserbara. Detta innebär att om det är rätt för en person i en viss situation att göra något, så är detta också rätt för varje annan person i en relevant lika situation. Om någon exempelvis hävdar att det är fel av dig att röka på en restaurang kan han inte hävda att det är rätt för honom att röka där, om han inte pekar på någon relevant skillnad. Ett exempel på en skillnad som uppenbarligen inte skulle vara relevant är att han heter Oskar och du heter Pelle eller att han har högre årsinkomst än dig. Det skulle eventuellt kunna vara relevant om han äger restaurangen eller är handikappad och därför har mycket svårt att komma därifrån. Då kräver emellertid det moraliska omdömet universaliserbara natur att han hävdar att, om du är lik honom i relevanta avseenden i denna situation (exempelvis också

är handikappad) då är rökning rätt också för dig. En person som universaliserar sina omdömen, har all kunskap om en viss valsituation och som maximalt lever sig in i allas situation kommer att räkna alla intressen för lika mycket och därmed välja det alternativ som mest tillfredsställer de berörda intressen, dvs. maximerar tillfredsställelsen av preferenser. Med andra ord menade Hare att *preferensutilitarismen* följer av hans analys av moraliska omdömen.

Hare har också introducerat en praxisorienterat tvåstegsetik där han säger att vår etiska intuition eller enkla tumregler ofta leder till att vi i konkreta handlingssituationer handlar rätt, exempelvis i situationer där vi inte har tid att undersöka konsekvenserna eller när det finns en praxis som är väl etablerad och utvärderad i termer av dess konsekvenser. Detta förutsätter inga reflexioner eller resonemang. Ett bra exempel är de rutiner som testats för akut hjärt- och lungräddning. Men i vissa situationer räcker det intuitiva handlandet inte till och vi bör då reflektera och begrunda handlingsalternativen, och i sådana sammanhang rekommenderar Hare *utilitarismen* som *beslutsmetod* och som referensram, eller snarare *maximering av förväntat värde*. Han menade dock (liksom Mill) att handlingsutilitarismen snarare är ett riktighetskriterium än en beslutsmetod, eftersom vi i vardagslag ofta gör mer gott genom att hålla oss till enkla tumregler för att avgöra vad vi ska göra, än om vi hade försökt göra en utilitaristisk kalkyl inför varje val vi står inför. Hare var lärare till Peter Singer i Oxford och har inspirerat dennes moralfilosofiska utveckling. Se också *handlingsutilitarism* och *beslutsmetod*.
LITTERATUR: Hare 1994.

Hawaiideklarationen är en deklARATION som skrivits av psykiatriker och som rör användningen av psykiatri och tvångsmedel, forskning rörande psykiskt sjuka personer samt missbruk av psykiatri. Deklarationen kom till 1977 till följd av det som då hände i Sovjetunionen där politiskt oliktankande (dissidenter) ofta behandlades som psykiskt sjuka. Deklarationen reviderades i Madrid 1996 men de formuleringar

i Hawaiideklarationen som gäller missbruk av psykiatri gäller fortfarande. Huvudpoängen med deklARATIONEN är att psykiatrisk vård aldrig ska ges av andra skäl än psykisk sjukdom. Deklarationen verkar också hävda att psykiatrisk tvångsvård bara är berättigad om patienten på grund av psykisk sjukdom inte förstår vad som är i hennes intresse (vilket är en tolkning av vad det innebär att vara *beslutskompetent*) och patienten utan vård sannolikt kommer att allvarligt skada sig själv eller andra (Artikel 5). Alltså är det inte tillräckligt med allvarlig psykisk störning, vårdbehov samt att man sätter sig vård enligt Hawaiideklarationen, till skillnad från svensk lagstiftning. Se *Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård: LPT*.

Hedonism kommer av ordet "hedone" som betyder lust. Ursprungligen stammar benämningen från Epikuros som förordade lust eller lycka som mål för det goda livet. Hedonism är en värdeteori som säger att det som är av *egenvärde* för en person är hennes lycka eller välbefinnande och det som är av negativt värde är lidande. Som ett mått på detta talar man också om positiva och negativa hedoner. Det goda livet innehåller alltså så mycket som möjligt av det förstnämnda och så lite som möjligt av det sistnämnda.

Ofta förknippas man hedonism med vällevnad och överdådigt levnadssätt, och hedonister anses vara sådana som tillfredsställer sina omedelbara lustar och behov, genom att t.ex. supa, äta och ge sig hän i sexuella utsvävningar. Lycka innefattar förstås också de korta stunder av eufori som vi emellanåt kan ha turen att uppleva. Det är dock inte dessa innebörder hedonismen har i moralfilosofisk mening, även om euforiska tillstånd givetvis har högt värde för en hedonist.

Välbefinnande är kanske det ord som bäst täcker in vad det handlar om i dag – eller vi skulle också kunna säga känslan av mening med livet. Rikedom, välfärd, bostad, utbildning, etc., är inte goda i sig själva, utan enbart av värde om de leder till ett ökat välbefinnande eller lyckokänsla. Västland kan sålunda betrak-

tas som medel för att uppnå lycka, men är ingen garanti för att man blir lycklig. Frågan kvarstår då om hur man ska förstå välbefinnandet eller lyckan närmare bestämt. Här finns två traditioner. Den ena går tillbaka till *Bentham* som menade att det är det upplevda välbefinnandet i en given situation som spelar roll. För att uttrycka det enkelt: att må bra är bra och att må dåligt är dåligt. Den andra traditionen går tillbaka till moralfilosofen Sidgwick (1838-1900) som menade att det är personens egna attityder gentemot sina upplevelser som avgör hur "lyckliga" vi är: Ju mer vi önskar att fortsätta ha en upplevelse för dess inneboende (upplevda) kvaliteter, desto värdefullare är den och ju mer vi vill bli av med den desto sämre är den. Så kan även smärtsamma upplevelser vara värdefulla enligt detta senare synsätt, om vi önskar uppleva dem för deras egen skull. En modern avstickare till den senare förståelsen av lycka är idén om livstillfredsställelse, dvs. hur lycklig man är vid ett visst tillfälle bestäms av hur tillfreds man är med sin sammantagna livssituation vid detta tillfälle.

Ytterligare en fråga är om all lycka är av samma slag eller kvalitet eller om det finns kvalitativa olikheter mellan olika lyckotillstånd som också innebär att de är olika värdefulla. Enligt *Jeremy Bentham* är det bara intensiteten och varaktigheten hos lyckokänslan som har relevans och inga ur värdesynpunkt viktiga skillnader finns mellan olika slag av lycka. Om det är den intellektuella glädjen över att ha löst ett korsord, att lyssna på musik av Mozart eller om det är glädjen som uppstår när man dricker sprit (eller tar droger) spelar ingen roll för värdet av upplevelsen. Enligt *Bentham*s "efterträdare" *John Stuart Mill* har olika typer av lycka olika kvaliteter och olika kvaliteter har olika värde: Att läsa poesi, lyssna på Mozart eller utföra intellektuella sysslor har ett högre värde än den omedelbara impulstillfredsställelsen. Han menade därför att det är bättre att vara en olycklig eller missnöjd Sokrates än att vara en nöjd dumbom, dvs. att en låg intensitet och varaktighet av intellektuell lycka (högre stående) är att föredra fram för hög intensitet

och varaktighet av en lägre stående lust. *John Stuart Mill* skulle alltså föredra det kortare livet som *Haydn* levde (med glädje och besvikelser) än att leva 200 år som mussla även om det var ett obekymrat och behagligt liv. Ett problem med detta synsätt är att avgöra vilka typer av lyckoupplevelser som är av högre kvalitet. *Mill* föreslog ett test som handlade om att konsultera någon som upplevt båda typerna av upplevelser och fråga dem vad de föredrar: lyckan av att lyssna på dansbandsmusik eller lyckan av att lyssna på *Bach* (förutsatt att lyckointensiteten är lika stark). Han var då övertygad om att en kvalificerad bedömare, som var väl förtrogen med båda typerna av upplevelser, alltid skulle föredra den mer komplexa (i detta fall förmodligen *Bach*). Detta är emellertid minst sagt tveklaktigt. Att olika människor skulle göra olika bedömningar är mer troligt. Se även *Bentham*, *Mill* och *utilitarism*.

LITTERATUR: Brülde 1998, Griffin, Tännsjö 1998.

Heligt krig har förstås ingenting att göra med medicinsk etik, men begreppet är principiellt intressant på grund av den etiska och religiösa argumentation som ligger bakom. Heliga krig har förts i kristendomens och speciellt den katolska kyrkans och olika påvars namn, men även inom andra religioner. Kringen eller korstågen fick sålunda en speciell auktorisering av påven och de religiösa skälen kan man bland annat hitta i *Augustinus* skrifter. De kristna korstågen är exempel på sådana krig som förutom ambitionen att bekriega hedningar också syftade till att erövra den heliga staden *Jerusalem*. Dessutom har det visat sig att korstågen hade stor betydelse för den ekonomiska expansionen, då kontakter med nya marknader och handelspartner ofta följde i spåren av de olika korstågen under medeltiden. Inom islam använder man uttrycket *jihad* för heligt krig, eller egentligen rättvist krig. Ofta tolkas det då som den inre striden med ens omoraliska tendenser. Den etiska argumentationen för krigsföring aktualiserades igen under *Vietnamkriget* och även i dag då det talas om det rättfärdiga

kriget mot terrorism, vilket kan uppfattas som ett motdrag mot vissa former av Jihad bland islamistiska grupperingar.

Helig vrede är ett uttryck som stammar från Nya testamentets berättelse om Jesus som driver ut månglarna från templet och där han sägs ha blivit ursinnig och uppfyllt av helig vrede. Helig vrede kan också stå för att man är uppfylld av den vrede som man tror att Gud skulle ha känt i vissa situationer, exempelvis då aposteln Petrus avslöjade ett gift par som ljög om och dolde att de lagt undan pengar vid försäljningen av sin egendom, pengar som de förväntades att ge oavkortat till apostlarna. Petrus uppfylldes då av helig vrede och de två människorna straffades genom att omedelbart falla döda till marken. Det framgår dock inte om vreden var orsakad av att paret inte betalade som de förväntades eller om det enbart var för att de ljög (se *motivförädling*).

Helig vrede kan ses som motsats till *barmhärtighet* och kan också användas som argument för tillämpningen av stränga straff för olika synder. Bedrägligt beteende tycks dock under vissa omständigheter också kunna godtas av Gud. Det gäller till exempel Gamla testamentets beskrivning av Jakob och hans söners löftesbrott när de ingått en pakt med en hövding och hans folk. För att visa allvaret med pakten låter hövdingen och hans folk omskära sig, men på tredje dagen då dessa har sårfeber slår Jakob och hans förtrogna ihjäl alla männen och plundrar staden. Gud skyddar här Jakob och hans söner genom att Gud även låter de omgivande städerna fyllas av skräck så att invånarna inte förföljer Jakob och hämnas. Anledningen till blodbadet var att Jakobs äldsta dotter hade en relation med den aktuella hövdingen och relationen ansågs som olämplig.

Från Gamla testamentet finns också en del exempel på Guds vrede, då han låter syndfloden dränka jordens befolkning utom Noa, hans hustru och de djur som fick plats i hans ark. Förstörelsen av Sodom och Gomorra tillsammans med de människor som fanns där är ett annat exempel, och det sistnämnda skedde

trots att Herren efter syndfloden lovat Abraham att inte genomföra fler av denna typ av utrotningar. Gud gjorde därför ett undantag mot Lot (Abrahams svåger) och hans fru och två döttrar. Mer individuella straff av liknande karaktär kan illustreras med det som drabbar Lots hustru när hon mot given order vänder sig om och därför förvandlas till en saltstod eller när Onan faller i onåd och dödas när han i stället för att befrukta sin svägerska låter sin säd spillas på marken. Även här är det oklart om Guds vrede eller misslag var föranlett av Onans olydnad eller coitus interruptus. Se även *sexualmoral*.

Helsingforsdeklarationen är beteckningen för internationella forskningsetiska riktlinjer för hur man bör bedriva biomedicinsk forskning med människor. Helsingforsdeklarationen är framtagen av Världsläkarförbundet, WMA och har under årens lopp reviderats och justerats. Den första Helsingforsdeklarationen kom 1964 och hade då varit på väg sedan andra världskrigets slut. Man kan säga att den var en senkommen reaktion på vad som hade ägt rum i de nazistiska koncentrationslägren, speciellt med avseende på experimenten på människor. Nürnbergkoden täckte inte den vanliga kliniska forskningens villkor, och reaktionen bland många läkare på Nürnbergkoden var att den var tillämpbar på barbarer men att den saknade relevans för vanliga läkare. Många kliniska forskare kände sig helt enkelt inte berörda av Nürnbergkoden och exemplen på tvivelaktig forskning fortsatte att uppträda, som exempelvis *the Jewish Chronic Disease Hospital Case* i Brooklyn, NY, 1962. Helsingforsdeklarationen från 1964 blev dock relativt snabbt föremål för en revision 1975 då många kliniska forskare inte kände att deklarationen var tillämplig för modern klinisk forskning. Den senaste större revisionen skedde år 2000, men även en revision 1987 fick viss betydelse för bland annat amerikanska Food and Drug-administrationens syn på deklarationen. Revisionen år 2000 har sin bakgrund i vad som hade hänt i Asien och Afrika, där exempelvis läkemedelsbolag hade genomfört placebokontrollerade studier av aids-mediciner. Deklarationen

har senast reviderats 2008, då man bland annat inarbetade ett tillägg från 2004 angående genomförandet av placebokontrollerade studier. Ett problem är att FDA av metodologiska skäl rekommenderar placebokontrollerade studier även i situationer där det redan finns ett annat beprövat behandlingsalternativ. Om man därför sätter ut redan insatt verksam behandling för att kunna inleda en placebokontrollerad studie kan en patient som tidigare fått adekvat behandling nu få placebobehandling. Detta är problematiskt om den hittills givna behandlingen faktiskt var effektiv, exempelvis förebyggande antipsykotisk behandling.

I de första två versionerna av deklarationen fanns det en tydlig uppdelning i basala principer som berörde kliniska försök, dvs. där patienterna själva kunde antas ha gagn av att delta, och principer rörande medicinska experiment där frivilliga försökspersoner inte själva hade gagn av att delta. I de senaste versionerna från 2000 och 2008 finns inte längre denna uppdelning. I 1975 års version betonades för första gången att vetenskapens och samhällets intressen inte får gå före hänsynen till försökspersonernas säkerhet och välfärd. I alla versionerna är utgångspunkten dock att medicinsk forskning är viktig för att främja hälsa och minska lidande och att forskarna därför har en sorts plikt att forska. Det är i detta sammanhang man samtidigt betonar att forskare ska ha hög vetenskaplig kompetens och att man vid planering och genomförande samt presentation av resultat ska vara noggrann, dvs. inte fuska och inte underlåta att publicera negativa resultat. Utöver kvalitetskraven på forskningen kommer man in på förhållandet mellan risken för försökspersonerna och den förväntade nyttan av forskningen i fråga samt respekten för försökspersonernas autonomi. I detta sammanhang blir det informerade samtycket aktuellt. Rättvisaspekten betonas också och man känner igen de fyra principerna: göra gott, icke skada, autonomi och rättvisa. Se också *Nürnbergkoden*.

LITTERATUR: Helgesson 2006, Lynöe 1999, Petersson 1994,

Hemlig kunskap är exempelvis sådan som framkommer i militära sammanhang och som inte blir föremål för den offentliga och kollegiala granskningen (peer-review) som annan vetenskaplig kunskap vanligen är föremål för. Detta var exempelvis fallet med stora delar av den kunskap och teknologi som producerades i de nazistiska koncentrationslägren i samband med utvecklingen av vacciner, antibiotika, men även flygmedicinsk kunskap. Utvecklingen av atombomben inom ramen för det s.k. Manhattanprojektet 1943-1945 var också omgärdat av sekretess och all icke-auktorerad rapportering uppfattades som förräderi. Utvecklingen av radarsystem med ultraljudsteknik var också initialt hemlig militär kunskap. I dag har vi antagligen en del biomedicinsk kunskap om kemiska och bakteriologiska vapen som utgör mer eller mindre hemlig kunskap.

Man kan också tala om hemlig kunskap då det föreligger religiösa, ekonomiska och etiska skäl för att låta bli att offentligt presentera en viss kunskap. Det s.k. dagen efter-piller som en kvinna kan ta om hon vill undvika att bli gravid ifall hon haft oskyddat samlag dygnet innan, var under en längre period en hemlig kunskap som det aktuella läkemedelsbolaget inte önskade lansera. Det kan ha funnits flera anledningar till att det aktuella bolaget avstod: a) Det skulle kunna konkurrera ut vanliga p-piller, och b) det skulle kunna ge bolaget ett dåligt rykte i katolska länder så att försäljningen av bolagets andra produkter också kunde skadas. I länder där dödshjälp inte är tillåten kan de läkemedel som i andra länder används vid exempelvis läkarassisterat suicid uppfattas som en sorts hemlig kunskap. Förekomsten av hemlig kunskap är oförenlig med de s.k. *CUDOS-normerna* och tanken om öppenhet och möjlighet att kontrollera och upprepa vetenskapliga undersökningar.

LITTERATUR: Lynöe 1999.

Hermeneutik är enkelt förklarad en tolkningslära som behövs då gudomliga auktoriteter inte kan slå fast vad som gäller, som exempelvis då kungar inte längre ansågs vara Guds ställföreträdare på jorden och sålunda inte, som exem-

pelvis kung Salomo, hade sista ordet i frågor av juridisk karaktär. Med ökad lagstiftning och kungens reducerade makt uppkom ett behov av jurister som kunde tolka lagen vid eventuella tvister.

Hermeneutiken har också en bakgrund i de religiösa tolkningarna av heliga skrifter och utformningen av principer för hur dessa texter ska tolkas. Hermeneutik har sedan dess blivit en systematisk metod för att tolka texter, exempelvis litteratur, men även bildkonst och annan mellanmänsklig kommunikation. Hermeneutik har således av en del ansetts vara en viktig del av medicinens diagnostiska och vårdande arbete.

Vi kan återföra hermeneutiken till renässansen där man dels återupptäckte antikens kulturarv, dels var vittne till naturvetenskapens utveckling i helt nya banor, dvs. den naturvetenskapliga revolutionen tar sin början här. Detta ger upphov till två olika vetenskapliga riktningar: 1) en humanistisk riktning där forskningsintresset är riktat mot studier av språk, litteratur, konst och andra efterlämnningar från speciellt det grekiska kulturarvet. Fokus är på tolkning av och kommentarer till texter och antika föremål. Humanisterna var sålunda intresserade av olika fenomenens mening och tolkningen av dessa liksom av etiska aspekter; 2) en naturvetenskaplig riktning där experiment, observation och fakta kommer i fokus tillsammans med ett intresse för lagmässigheter, orsaker och mekanismer. Genom den tyska 1700-talsfilosofen Immanuel Kant får vi ett ytterligare förtydligande av denna uppdelning mellan humaniora och naturvetenskap. Kant presenterade sålunda en tydlig uppdelning mellan å ena sidan sinnen och fenomenens värld och å andra sidan en värld där människan är en handlande och moralisk individ, vilket sägs vara ett mål i sig. Enligt Kant bör man skilja mellan utsagor som handlar om *fakta*, något som tillhör det rena förnuftets rike, och utsagor som handlar om värderingar, något som tillhör det praktiska förnuftets rike. Det praktiska förnuftet kommer till uttryck i människans moral och samhällets utformning.

Inom medicinen är det kanske först med Sig-

mund *Freud* (1856-1939) som vi ser en strävan efter att förstå och tolka patienters symtom. Freuds utgångspunkt var neurologens iakttagande av patienter vars hysteriska förlamningar inte stämde överens med neurofysiologiska och anatomiska förutsättningar. Cirkulära avgränsningar av smärtekänsla på en arm är exempelvis inte tänkbart om man har kännedom om nervernas utbredning (dermatom) som går som tungor ner över exempelvis en arm. Detta var utgångspunkten för Freuds försök att förstå och tolka patientens symtom och hitta mening och psykologiska förklaringar på symtomen. Det är mot denna bakgrund Freud sedan utvecklar psykoanalysen där man försöker att lyssna sig fram via "ledtrådar" till det omedvetna, exempelvis genom att analysera drömmar och (s.k. *freudianska*) *felsägningar* (också kallat "Freudian slip of the tongue"). Ett exempel på en sådan felsägning är personen som skulle beskriva problemen med sjukvården i dag, då det ibland kan vara svårt att få snabb hjälp. Personen ville tala om när man kom in på akuten och letade efter en brits att ligga på, men i stället råkade säga en "brist" att ligga på.

Inom hermeneutiken framhålls att tolkning och tydning av mening måste ses i ett sammanhang. En förutsättning för att kunna förstå en del av en människas handling, åsikt, önskning, intention, etc., är att vi även förstår helheten. Samtidigt kan vi bara förstå helheten genom att förstå de enskilda delarna. Det är exempelvis först då vi läst en roman till slut som detaljer som tidigare föreföll obegripliga börjar kunna förstås. Men den nya förståelsen av delarna påverkas också av hur vi nu förstår helheten. Man talar om den hermeneutiska cirkeln som just handlar om att vi för att kunna förstå delarna måste ha en helhetsbild och för att uppnå en helhetsbild måste vi förstå delarna. Vi måste sålunda börja med en förförståelse av delarna, en förförståelse som i de flesta fall måste justeras på vägen till dess att vi har helheten klar för oss. Denna förförståelse kan också sägas vara en fördom i ordets egentliga bemärkelse, ett ställningstagande innan vi vet säkert. Den hermeneutiska metoden innebär alltså att vi utgår

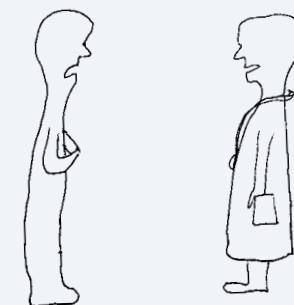
från att vi inte kan vara helt förutsättningslösa eller fördomsfria. Förutsättningen för att över huvud taget förstå någonting är att vi har fördomar i denna mening.

För att kunna förstå exempelvis en patients symtom måste vi lyssna till patientens egen berättelse som i bästa fall även inkluderar patientens föreställningar, förväntningar och farhågor. Först då vi fått hela historien kan vi tolka och förstå symtomet, exempelvis att patienten var rädd att de många födelsemärken som hon/han har på magen var elakartade (melanom). Om man lyssnat till patientens farhågor kanske man hade fått reda på att en av patientens arbetskamrater just fått ställt en sådan diagnos.

Inom ramen för det hermeneutiska projektet har det varit angeläget att fasthålla uppspaltningen mellan de två sfärerna, humaniora och naturvetenskap, och på så vis kunna hävda att då det handlar om humanistisk forskning så gäller de hermeneutiska metoderna och när det gäller naturvetenskapen så gäller andra synsätt, exempelvis den positivistiska uppfattningen av naturvetenskaperna. Där den positivistiska vetenskapsteorin förordar en enhetsvetenskap med den *hypotetisk-deduktiva metoden* som ideal och med ambitionen att vara deskriptiv och förutsättningslös, så förordar den hermeneutiska positionen en vetenskaplig pluralism.

Uppdelningen i de två sfärerna har nog blivit lite karikerad och frågan är om inte även naturvetenskapen och medicinen i vissa avseenden har behov av att använda hermeneutiska perspektiv. Hermeneutiska metoder används sålunda både i samband med tolkning av intervjuer, patienters symtom, och även i tolkningen av empiriska data. Det skulle även kunna vara möjligt att genomföra en hermeneutisk tolkning av utvecklingen av teorin om DNA-molekylen, där Watson och Crick arbetade med idén om att en genial människa hade konstruerat strukturen enligt en viss plan som det sedan gick ut på att dechiffrera. Watson och Crick utgick alltså ifrån att den som skapat DNA-molekylen hade en intention och genom att tänka sig in i hur skaparen tänkt blev det möjligt att utveckla en konsistent te-

- Doktorn, jag är orolig för att jag fått levercancer!
- Jamen, levercancer ger till en början inga symtom.
- Nej, just det. Jag har inga symtom. Alltså måste det vara levercancer!



Hermeneutiskt cirkelbevis?

ori om DNA-molekylens uppbyggnad. I vissa fall skulle det vara svårt att över huvud taget förstå naturvetenskapens utveckling om man inte också använde sig av hermeneutiska metoder. Kuhns *paradigmteori* kan också ses som ett försök att introducera hermeneutiska aspekter på förståelsen av vad vetenskap är och hur den utvecklar sig, bland annat genom att trycka på att paradigm i stor utsträckning utgörs av en gemensam förförståelse med antaganden om verklighetens beskaffenhet och lämpliga metoder för att vinna ny kunskap.

Även hermeneutiken har drag som traditionellt brukar tillskrivas naturvetenskapen. Ett exempel är användandet av *ändamålsförklaringar*, som kan ses som en slags orsaksförklaringar eftersom ändamålet måste förorsaka en handling för att verkligen förklara den. Ett annat exempel är att hermeneutiken inte kan ses som befriad från den hypotetisk-deduktiva metoden. Även när man tolkar ställer man upp hypoteser om vad som kan vara en rimlig tolkning av t.ex. en filosofisk text. Denna hypotes jämförs sedan med texten, vilket kan föranleda antingen en revidering av hypotesen eller en läsning av texten i ett nytt ljus. Det finns alltså en hermeneutisk cirkel som går mellan hypotes

och verk. Det vore kanske fruktbarast att inte blåsa upp skillnaderna mellan naturvetenskap respektive samhällsvetenskap och humaniora, utan inse att det finns både likheter och skillnader. En viktig skillnad är förstås att naturvetenskap tolkar material som inte kan förhålla sig till det faktum att det blir undersökt (en DNA-molekyl reagerar förstås inte medvetet på att den blir undersökt) medan humaniora i stor utsträckning ägnar sig åt att tolka material som redan är tolkat av dem som ger upphov till det (alltifrån samhällseliga strukturer till böcker och tavlor). Detta innebär att humaniora och samhällsvetenskap står inför särskilda metodologiska utmaningar. De måste ta hänsyn till att de undersökningar de bedriver kan påverka de individer som de undersöker, vilket bland annat kan ge upphov till självuppfyllande och självupphävande profetior. Ett bra exempel på det förstnämnda är när ekonomer gör förutsägelser om t.ex. bankkriser, vilket leder till att alla rusar till banken och tar ut sina pengar, vilket leder till den bankkris man förutsade. Ett bra exempel på det sistnämnda är när statsvetare förutsäger att ett visst parti får betryggande majoritet, vilket kan leda till att många som tänkt rösta på partiet väljer ett annat i stället som de hoppas ska stärka partiets höger- eller vänsterflygel, vilket i sin tur leder till att partiet inte alls får den förutsedda majoriteten. Självuppfyllande profetior har intressanta likheter med *placebo-* och *noceboeffekterna* i medicinska sammanhang. Det är bland annat därför rimligt att se medicinen som i en slags mellanställning mellan mer renodlad naturvetenskap, som kemi och fysik, och humaniora. Se även *fenomenologi* och *meningsmani* samt *relationsetik*.

LITTERATUR: Föllesdal et al. 2001, Jensen et al. 1976, Svenaeus 2003.

Hinduistisk etik är en indisk religiös tradition som är relaterad till de fyra mål man uppställt för människans strävan: 1) sinnlig njutning, 2) makt och rikedom, 3) normuppfyllelse och 4) befrielse från återfödelsens kretslopp. Det sista är överordnat de två första punkterna och innebär att om man lever efter hinduismens

ideala normsystem kan man befrias från att ständigt leva om sitt liv i olika skepnader eller livsformer där oförgångliga själar vandrar från existens till existens. Befrielse från återfödelseprocessen innebär ett slut på den s.k. karmiska processen med dess innehåll av lust och lidande. Det är dock enbart den högsta guden som kan lösgöra själen från den karmiska bindningen. Om man inte lösgörs så bestäms det man återföds till av de gärningar man utfört i tidigare liv. Det hinduistiska normsystemet innebär bland annat att man ska undvika de fem M:en (på sanskrit): alkohol, kött, fisk, rostade sädeskorn och utomäktenskapliga samlag. Inom hinduismen med politiska förtecken finns det åtminstone två falanger: en tolerant linje (exempelvis Gandhi) och en militant (antimuslimsk) nationalistisk linje. Av relevans för medicinen är det faktum att den hinduistiska läran inte tillåter dissektion av en avlidens kropp. Se också *buddism*.

Hippokrates (cirka 460–370 f.v.t.) var en grekisk läkare som var verksam på ön Kos och som anses vara fader till den moderna läkekonsten. De s.k. hippokratiska skrifterna handlar exempelvis om 1) den gamla läkekonsten, 2) luften, vattnet och boningsorten, 3) aforismer, om vätskorna, 4) konsten, 5) människans natur, 6) ett gott förhållningssätt och 7) den Hippokratiska eden. Han förespråkade en naturvetenskaplig syn på sjukdom eller rättare sagt sjuka människor, baserad på observation och teorier om naturkrafter, något som ska ses i motsats till olika magiska eller demoniska sjukdomsuppfattningar som florerade under Hippokrates tid och även senare. Sjukdomar ansågs allmänt vara orsakade av en obalans mellan vätskorna: sanguinos (den röda fraktionen av blod som syns i en bägare med koagulerat blod), choleros (den gula gallan som kan ha varit den gulaktiga vätskan av blodet, också kallad serum eller plasma), melancholeros (den svarta gallan, som kan tänkas vara den svarta eller mörka delen av blodfraktionen i blodpelaren i ett glas med koagulerat blod) och flegma (slemmet eller det vita lager som ligger ovanpå

blodpelaren som vi i dag talar om som fibrinet). Dessa olika fraktioner eller typer av vätskor ansågs vara styrda av vissa himlakroppar, och en obalans mellan vätskorna var sålunda orsakad av olyckliga planetkonstellationer. Läkaren kunde hjälpa till att återställa balansen, dvs. att stimulera de självläkande krafterna genom exempelvis blodtappning.

Det har diskuterats huruvida de hippokratiska skrifterna verkligen är skrivna av Hippokrates eller ens på hans tid. Flera av texternas moralfilosofiska innehåll tyder snarare på ett pytagoreiskt inflytande. Exempelvis är synen på abort och synen på dödshjälp mer i överensstämmelse med pytagoreiska idéer än med den rådande antika grekiska etiken där både abort och dödshjälp var okontroversiella företeelser. Dock kan det också vara så att översättningen av de hippokratiska skrifterna under medeltiden har påverkats av då rådande värderingar. Se *hippokratisk etik*.

LITTERATUR: Hippokrates 1994, Porter 1999, Rossel 1979.

Hippokratisk etik handlar om läkarens relationer till sina patienter, sina kollegor och framför allt sin läromästare, men kommer också till uttryck i både aforismer och i skrifterna om ett gott förhållningssätt och om läkaren. I skrifterna ingår vissa tips och goda råd som vi skulle uppfatta som om de rör etikettfrågor. Men poängen i den hippokratiska etiken – som mest rimligt kan tolkas som en *dygdetik* – är att det här inte finns några skillnader mellan etik och etikett, eftersom det är personens karaktär som bestämmer hur han/hon handlar och uppträder och då även klär sig och bemöter andra människor. Det innebär att läkaren både handlar rätt och är renlig och passande klädd, varken för pråligt eller för risigt. Även här gäller idealet om den *gyllene medelvägen*. Om tystnadsplikt och om läkaren som förebild står det bland annat i skriften ”om läkaren”:

”Den kloka mannen (läkaren) måste också ta hänsyn till vissa moraliska betraktningar – inte enbart vara tyst, men också föra ett regelbundet liv, eftersom hans anseende ökas: han måste till karaktären vara en gentleman och därför vara allvarlig och vänlig mot alla.”

Vidare heter det angående dygden självbehärskning:

”Mellan läkaren och patienten uppstår det också ett nära förhållande. Patienten överlämnar sig i läkarens händer, och han möter ofta kvinnor och jungfrur och kostbara ägodelar. Läkaren måste därför visa självbehärskning gentemot dessa.”

Den hippokratiska etiken kommer dock framför allt till uttryck i den *Hippokratiska eden*. Punkt 3 anses innehålla det centrala i den hippokratiska etiken, nämligen att läkaren ska göra gott och undvika att skada: ”Efter förmåga ska jag vidta dietetiska anordningar till gagn för de sjuka; och vad som kan skada eller förfördela dem ska jag söka avvärja.” Det kan dock vara på sin plats att påpeka att denna passus inte indikerar axiomat att det först och främst gäller att inte skada, dvs. *primum non nocere*, som sannolikt har ett något senare ursprung (1800-talet) och där Hippokrates har fått fungera som ett *ad hominem-argument*. Se *icke skada-principen* och den *Hippokratiska eden*.

LITTERATUR: Hippokrates 1994, Porter 1999, Rossel 1979.

Hippokratiska eden innehåller en rad viljeyttringar eller löften som nästan alla börjar med jag eller refererar till mig själv. Eden uppfattas sålunda som uppmaningar eller som en appell till läkaren om att vill man vara en god läkare (som Hippokrates) så gör man som han som svor vid Apollon ”... att hålla denna min ed:

1) Den som lärt mig denna konst, skall jag akta lika högt som mina föräldrar, dela med honom vad jag äger och vid förekommande behov hjälpa honom. Hans söner skall jag anse såsom mina bröder, och om de önskar

att lära denna konst skall jag undervisa dem däri utan lön eller förbindelse.

- 2) Föreskrifter, muntliga fördrag och allt vad undervisningen för övrigt fordrar, skall jag meddela mina och min lärars söner, samt de lärjungar som avgivit skriftlig och edlig förbindelse enligt läkarbruk, men inte någon annan.
- 3) Efter förmåga ska jag vidta dietetiska anordningar till gagn för de sjuka; och vad som kan skada eller förfördela dem ska jag söka avvärja.
- 4) Jag skall inte ge någon gift, om man ber mig därom, ej heller råda någon till dylikt; likaledes skall jag ej heller ge någon kvinna fosterfördrivande medel till inläggning.
- 5) I renhet och fromhet vill jag tillbringa mitt liv och utöva min konst.
- 6) Stensnitt skall jag förvisso inte göra, utan överlåta denna praktik åt dem som därmed befattar sig.
- 7) I de hus jag ingår, vill jag ingå till fromma för de lidande, hållande mig fjärran från varje medveten fördärvbringande orättrådighet, särskilt från könsligt umgänge med kvinnor och män, såväl fria som slavar.
- 8) Vad jag under utövandet av mitt yrke, eller till och med utom yrket under umgänget med människor, sett eller hört, och som möjligen är av beskaffenhet att ej böra utspridas skall jag förtiga och anse allt sådant som vore det osagt.
- 9) Håller jag nu denna min ed, och ej brister däremot, så må det vara mig förunnat att njuta av livet och min konst, alltid och av alla ärad och aktad; överträder jag den och blir menedare, må motsatsen bli min lott!

Eden föreskriver sålunda inte att man bör eller ska göra eller avstå från att göra vissa saker, men bara att jag (Hippokrates) skulle göra så eller avstå från att göra så. Hippokrates använder sig själv som förebild, och det finns en appell till att den goda läkaren handlar såsom Hippokrates. En modernare variant av den Hippokratiska eden, men med en liknande struktur, är *Genèvedeklarationen* som också inleds med ett

jag och sedan en avsiktsförklaring. Vissa delar av eden känns mer otidsenliga, som den oinskränkta kollegiala lojaliteten, hemlighållandet av kunskap och motståndet mot abort och dödshjälp, medan andra står sig väl i dag, som omsorgen om patienten och vikten av sekretess och konfidentialitet i relationen mellan läkare och patient.

LITTERATUR: Hippokrates 1994, Sundström 1997, Rossel 1979.

HIV-patienter är smittade av det s.k. HIV-viruset, som obehandlat leder till sjukdomen aids. HIV-infektioner kan vara både sexuellt överförda, överförda genom blodtransfusion och vid intravenöst missbruk där man delar sprutor med andra och använder samma sprutor flera gånger. Man kan förebygga eller minska förekomsten av HIV med hjälp av kondomanvändning, genom bättre kvalitetskontroll av bloddonatorers blod samt genom sprututbytesprogram. Både kondomanvändning och sprututbytesprogram är kontroversiella inom vissa religioner, ett exempel är den katolska kyrkans syn på kondomanvändning, och inom vissa samhällen. Mera kontroversiella sätt att förebygga HIV har varit att isolera HIV-smittade. Även i Sverige blev under en period HIV-patienter med riskbeteende omhändertagna enligt smittskyddslagen. Se också *sexualmoral*.

Det finns i dag en rad bromsmediciner som kan uppskjuta insjuknandet i aids, men än så länge finns ingen behandling som avlägsnar viruset. Det finns inte heller vacciner med vilka man kan förebygga smitta. HIV-patienter är speciellt utsatta eftersom sjukdomen på olika sätt är stigmatiserande. Även om vanlig social kontakt inte innebär någon smittorisk finns det ändå föreställningar och en rädsla för smitta som kan påverka människors relation till HIV-patienter. Även sexuella kontakter är möjliga om man skyddar sig med kondom. I mitten av 1980-talet då orsaken till aids stod klar, men smittorisken ännu inte var helt klarlagd, kom HIV-patienter i vissa länder att interneras i speciella läger.

Hjälphyptoteser, se *hypotetisk-deduktiv metod* och *ad hoc-antaganden*.

Hjärnrelaterade dödsriterier, se *dödsriterier*.

Hjärt-lungräddning (HLR) är åtgärder man tar till när en akut patient får hjärtstopp. Man ger då både hjärtmassage och konstgjord andning. Beroende på tillgången till hjälpmedel kan HLR vara mer eller mindre sofistikerad. Vet man ingenting om patientens hälsotillstånd i övrigt inleds ofta HLR. Om man däremot vet att patienten har haft flera hjärtinfarkter tidigare eller har andra allvarliga sjukdomar (exempelvis cancer i terminalt stadium) kan man ibland ange att en patient inte ska utsättas för HLR och man skriver då **0-HLR** (noll HLR) i journalen. Detta har gjorts och görs ofta utan att man informerat och samrått med patienten, vilket förstås bör göras om möjligt. Om man tillsammans med patienten har kommit fram till att man inte ska påbörja HLR, så innebär detta inte att man sedan ska avstå från all annan angelägen behandling, utan det rör sig enbart om en begränsning av del av behandlingsreper-toaren. Se också *avstå från att inleda en behandling* och *begränsning av behandling*.

Hjärtrelaterade dödsriterier, se *dödsriterier*.

Hobbes, Thomas (1588–1679) var en brittisk filosof som levde under den kaotiska engelska revolutionen under 1600-talet. I ljuset av sina erfarenheter av sin samtid lägger han grunden för en moralfilosofi som framför allt handlar om att reglera människors mellanhavanden så att det uppstår ett ordnat och fredligt tillstånd alla kan dra nytta av. Hobbes projekt handlar därför i stor utsträckning om vad som möjliggör och motiverar en stabil statsbildning. För att vi ska förstå statens natur ber han oss tänka oss ett tillstånd helt utan stat, vad Hobbes kallar ett *naturtillstånd*. I ett sådant tillstånd finns inga fasta spelregler för våra mellanhavanden och vi skulle därmed vara hänvisade till oss

själva för att få tag i det vi vill ha. Men då resurserna i världen är knappa uppstår en kamp för att tillförsäkra sig sin egen fortsatta existens, och detta leder enligt Hobbes till att ingen kan känna sig trygga, eftersom ingen är osårbar eller så överlägsen i styrka och klokhet att han eller hon direkt kan betvinga alla andra. Naturtillståndet kommer därför leda till ”ett allas krig mot alla” där livet blir ”ensamt, fattigt, otäckt, brutalt och kort”. Enligt denna analys är alltså vår främsta drivkraft vår självbevaringsdrift och genom att hävda att detta är vårt främsta motiv menar alltså Hobbes att vi i grunden är egoister. Vad han försökte göra var alltså att utforma en moral som tar hänsyn till detta.

För att undvika naturtillståndet och etablera en fungerande samhällsmoral behöver vi ett *samhällskontrakt*. Idén om ett samhällskontrakt är banbrytande och vidareutvecklas senare av bland annat av Jean-Jacques Rousseau (se också *Mandeville*). Samhällskontraktet kan etableras för att människan har två hjälpmedel för att undvika naturtillståndet: förnuftet, med hjälp av vilket man kan förhandla och komma överens, och känslorna, som består av rädslan för döden och behovet av förnödenheter för att kunna överleva, alltså självbevaringsdriften igen. Eftersom vi förnuftigt kan inse att vi alla i det långa loppet tjänar på att ordna våra mellanhavanden för att undvika naturtillståndet är samhällskontraktet möjligt och önskvärt. Kontraktet måste emellertid genomdrivas och upprätthållas. Därför ger samhällsinnevanorna i kontraktet rätt till en furste eller suverän att ha monopol på utmätande av sanktioner och annat som krävs för samhällets stabilitet, ett kontrakt som bara är giltigt givet att suveränen (eller Leviathan som Hobbes kallade den) upprätthåller den ordning kontraktet instiftades för. Med andra ord: en stat är kontraktets garant. Huruvida denna stat ska vara demokratisk eller inte lämnade Hobbes i stor utsträckning öppet. Det viktiga var att staten verkar för en ömsesidigt nyttig ordning i samhället. Enligt Hobbes blir då moralen avhängig av närvaron av en stat: utan stat, ingen moral och då är i princip allt tillåtet.

Hobbes har haft stort inflytande på flera moderna idéer av vikt för den medicinska etiken i vid mening. En central idé i den västeuropeiska synen på den offentliga vårdens uppgifter är bland annat tanken att en av statens viktigaste uppgifter är att genomdriva de rättigheter och skyldigheter som den ger individen. Ännu mer iögonfallande är kanske idén om ett kontrakt. I valrörelser har det bland annat hävdats (exempelvis av läkaren och före detta riksdagsledamoten Jerzy Einhorn) att samhällskontraktet förpliktigar oss att hjälpa de gamla och att de i kraft av att ha bidragit till samhällets bestånd har särskilda anspråk på att få tillgång till vård. Tagen till sin extrem gör dock Hobbes egoism att det är svårt att motivera särskild hjälp till dem som är svagast och mest utsatta. Kontraktets grund är ju den ömsesidiga nyttan och då är det svårt att motivera att de som inte längre kan bidra med någon nytta alls ska få ta del av kontraktets frukter. Se *förtjänst*.

LITTERATUR: Skirbekk 1993.

Homeopati är en typisk *alternativmedicinsk* behandlingsform som utgår från tesen att ont ska med ont fördrivas. Medel som förorsakar ett visst symtom hos en frisk ska i utspädd form ges till patienter med samma symtom. Om exempelvis ett medel ger anledning till feber hos en frisk individ så är det enligt homeopatin verksamt som behandling av en febersjuk patient. Det mest kontroversiella med homeopatin är dess ambition att späda ut medel så till den grad att sannolikheten att det ska finnas en enda molekyl kvar av det behandlande ämnet går emot noll. Utspädningen anses dessutom innebära en förstärkning av effekten av den homeopatiska behandlingen på så sätt att ju mer det homeopatiska medlet späds ut, desto mer potent blir det. Utspädningsförfarandet är inte bara kontroversiellt och går helt på tvärs mot traditionella farmakologiska dos-responsprinciper, utan det har också lett till att många läkare anser att den homeopatiska behandlingen enbart är baserad på en placeboeffekt.

Det var den tyska läkaren Samuel Hahneman (1755–1843) som introducerade homeopatin



och utgångspunkten var egentligen att en rad av de gängse behandlingarna, som exempelvis *blodtappning*, ansågs skada mer än de gagnade (se *primum non nocere-axiomet*). Hahnemans ambition var sålunda att hitta behandlingar som var effektiva, men som framför allt inte skadade, något som var helt i överensstämmelse med *primum non nocere-axiomet*. Hahneman baserade sin forskning på observationer och ansåg att begreppet sjukdom var ett spekulativt begrepp som bara ledde tanken fel, en s.k. metafysisk spekulering, och att man därför skulle fokusera på patienternas symtom eller symtomkomplex. Hahneman talar om symtombilder och det är i observationen av dessa som all behandling, enligt Hahneman, bör ta sin utgångspunkt. Han ansåg vidare att man skulle sträva efter specifika behandlingar med innebörden att det till ett symtom eller en symtombild bara finns en behandling. Hahneman prövade sålunda fram ett stort antal behandlingar efter principen att en medicin är effektiv mot en bestämd symtombild om samma medicin kan framkalla en likartad symtombild när medicinen ges till en frisk individ.

Utgångspunkten för hans teori var hans egen erfarenhet av att ha provat kinabark på sig själv, vilket gav anledning till febersymtom. Kina-

bark användes redan i behandlingen av malaria med sina karakteristiska feberperioder/-toppar. Man kan säga att homeopatin som introduceras i början av 1800-talet är ett exempel på en behandlingstradition som försöker ersätta det terapeutiska tomrummet som uppstod sedan den galenska humoralpatologin och dess blodtappningsbehandling blev alltmer ifrågasatt. Den hahnemanska homeopatin kan också ses som ett tidstypiskt exempel på hur den erfarenhetsbaserade medicinen vinner inpass i kliniken, helt i överensstämmelse med den klassiska formen av *positivism* som den senare preciseras av den franska sociologen och filosofen Auguste Comte (1798–1857).

Homeopatin är liksom andra alternativmedicinska behandlingar kontroversiell i det fall där utövare av homeopatin rekommenderar sin egen behandling i situationer där det finns adekvat skolmedicinsk behandling. Speciellt problematiskt blir det om en patient som lider av cancer eller en livshotande infektion inte får information om att det finns skolmedicinsk behandling. Detta blir i så fall ett hot mot patientsäkerheten. Men om den homeopatiska behandlingen sker på den välinformerade och beslutskapabla patientens initiativ, är det patientens val som gäller, om inte smittskyddslagen aktualiseras. Ett speciellt problem kan uppstå om det rör sig om behandling av barn. Om föräldrar till ett litet barn väljer homeopatisk (eller annan alternativmedicinsk) behandling i stället för mer adekvat skolmedicinsk och därvid riskerar barnets liv kan det likställas med misshandel och barnet kan, om det överlever, omhändertas av sociala myndigheter. Se vidare *Jehovas vittnen*.

LITTERATUR: Johansson et al. 2008.

Horisontell prioritering inom sjukvården är en prioritering som sker mellan olika specialiteter och verksamhetsområden, mellan exempelvis hjärtintensivvård och cancervård eller mellan slutna vården och primärvården. Horisontell prioritering ska jämföras med *vertikal prioritering* som är prioriteringar som görs inom samma specialitet mellan olika behand-

lingar och olika patientgrupper. Ibland kan man stöta på föreställningen att det enbart är när man genomför horisontella prioriteringar som det görs värderingar och politiska val. De vertikala prioriteringarna däremot framställs ibland som om de enbart bygger på fakta och därför kan överlåtas till de egna specialiteterna. Det förefaller dock problematiskt, eftersom det även inom en och samma specialitet kan förekomma olika värderingar. Exempelvis är det uppenbart inom ögonspecialiteten att det rankas högre att hålla på med kataraktkirurgi än att hålla på med glaukomkontroll. Vidare bygger prioriteringar på vem som ska få vård först inom en specialitet oundvikligen på värderingar, eftersom vem eller vilka som får vård först är ett, mer eller mindre medvetet, val som kunde ha gjorts annorlunda. Se vidare *prioriteringar*.

Hospice är en sjukvårdsinrättning utanför vanliga sjukhus där man vanligen vårdar terminalt sjuka människor och där man passerat brytpunkten mellan kurativa och palliativa strategier. På hospice gäller palliativ behandling och hospicerörelsen, som stödjer utvecklingen av den palliativa vården, har satt fokus på betydelsen av adekvat vård i livet slutskede.

Hospicerörelsen utvecklades initialt i England under 1960-talet av sjuksköterskan/läkaren Cicely Saunders (1918–2005). Hon utvecklade bland annat begreppet total smärta som omfattar både psykisk, somatisk och social smärta. Saunders var i sin gärning starkt influerad av *kristen etik*. Saunders var stark motståndare till dödshjälp och trodde på att om en människa bara fick ordentlig palliativ behandling skulle behovet av dödshjälp helt försvinna. Ibland har det inom hospicerörelsen funnits idéer om att döendet bör se ut på vissa sätt, t.ex. att man bör inse och acceptera sin förestående död, göra bokslut och kunna vara i kontakt med eventuella närstående. Dessa idéer är dock långt ifrån okontroversiella och kritiseras bland annat av Lars Sandman i hans avhandling *A Good Death*, där han framför idén att det är patientens egna upplevelser och önskemål som bör stå i cen-

trum, alldeles oavsett om dessa lever upp till någon utomstående måttstock. Se också *palliativ sedering*.

LITTERATUR: Sandman 2001.

HSAN är en förkortning för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd till vilken patienter, närstående eller Socialstyrelsen kan framföra klagomål och anmäla ärenden där sjukvårdspersonal eller sjukvården inte har levt upp till kraven om vetenskap och beprövad erfarenhet, där de har varit försumliga eller utsatt patienter för felbehandling eller risk för sådan. HSAN tog tidigare även mot anmälningar som gällde klagomål om bemötande, men dessa ärenden går numera till landstingens patientnämnder eller patientombudsmän, som sedan förmedlar kontakt till relevanta instanser, exempelvis chefsläkaren, som kanske gör en *lex Maria*-anmälan till Socialstyrelsen eller HSAN.

Humaniora i medicinen inkluderar en rad klassiska humanistiska ämnen i medicinen såsom historiska, idéhistoriska, etiska, psykologiska, antropologiska och filosofiska aspekter på medicinen, men det inkluderar också ämnen som litteratur, bildkonst, film med mera. Tanken är att studiet av exempelvis bildkonst skärper den studerandes observationsförmåga vilket kan ha betydelse för den kliniska diagnostiken.

Humaniora i medicinen, eller som det ibland också benämns, humanistisk medicin, är alltså ett bredare begrepp än medicinsk etik. Det finns olika avgränsningar av ämnet och ibland kontrasteras de humanistiska aspekterna av medicinen med de naturvetenskapliga där man uppfattar att allt som inte tillhör det naturvetenskapliga området tillhör det humanistiska. Ett exempel är den metodologiska tvådelning av medicinen i de med *hermeneutisk* karaktär, där man reserverar en positivistisk uppfattning för de naturvetenskapliga aspekterna vilka (felaktigt) kopplas till kvantitativa metoder, och en hermeneutisk för de humanistiska. En sådan uppdelning är dock både problematisk och mindre fruktbar eftersom både naturvetenskapen har klara hermeneutiska och kvalitativa

aspekter och humaniora har kvantitativa. Se *hermeneutik*.

Målet med humaniora i vårdutbildningen och i vårddyrket kan exempelvis sammanfattas på följande sätt: 1) utveckla och styrka individens medmänsklighet och personlighet, 2) tillföra etisk grammatik och träna förmågan att lösa värdekonflikter och etiska dilemman, 3) att med hjälp av litteratur främja individens förmåga till inlevelse och kommunikationsförmåga, 4) att upptäcka och identifiera mening i komplexa strukturer och mönster samt 5) att styrka akademiska värden som kritiskt tänkande och fördomsfrihet. Vissa föreställer sig också att humaniora i medicinen ska uppfattas som motvikt (antidot) mot naturvetenskaplig reduktionism. Det finns inga empiriska studier som indikerar att de studerande generellt blir bättre rustade eller dugliga som läkare efter att ha haft undervisning i humaniora – men det finns inte heller studier som visar att undervisningen i exempelvis kemi och anatomi gör de studerande till dugligare läkare. Det finns dock en randomiserad studie som indikerar att undervisning i humanistiska ämnen gör allmänläkare och psykiatriker bättre förberedda inför deras yrke.

LITTERATUR: Ousager 2009.

Humanism är en livsåskådning som utgår ifrån att människan har en fri vilja och en värdighet som måste respekteras samt att människan har ett ansvar för sig själv och andra (mänskligheten). Man utgår ifrån att människan till sin natur är god och går in för jämlikhet, demokrati och mänskliga rättigheter. En människa bör enligt den humanistiska livsåskådningen ha möjlighet att utvecklas och förverkliga sig själv. Man kan säga att humanismen ligger till grund för individualismen.

Även om man kan tala om humanism inom stoicismen och även hos kyrkofäderna, Augustinus och Thomas av Aquino som alla betonar människovärdet, är det historiskt sett under renässansen som humanismen blomstrar som ett resultat av återupptäckten av exempelvis stoicismen med Seneca och Cicero. Det är först

i Italien (Florens), med exempelvis Pico della Mirandola (1463–1494) vi får en betoning av humanistiska aspekter, vilket i viss mån innebär ett ifrågasättande av kristna och kyrkliga värderingar och maktbefogenheter. Människan ses inte längre enbart som Guds skapelse, utan människan får ett eget värde och många filosofer börjar diskutera människans natur och rättigheter (se exempelvis *naturrätt*). Humanismen odlar också skönhetsideal och man börja tolka *skönhet* som uttryck för moralisk godhet vilket bidrar till att konsten också utvecklas med personer som exempelvis Leonardo da Vinci (1452–1519) och Michelangelo (1475–1564). Erasmus av Rotterdam (1466–1536) är en av dem som följer upp diskussionen om människans fria vilja och människans godhet, något han kom i strid med Martin Luther (1483–1546) om och som bidrog till att de bröt med varandra. Erasmus hävdade att om man inte kan tillskriva människan en fri vilja och ett ansvar för sina handlingar så blir morallagar meningslösa. Se *fri vilja*.

Inkvissionsdomstolens rättegång (1633) mot Galileo Galilei (1564–1642) för kätteri bidrog till att humanisterna började fråga sig vem som skulle vara den högsta sanningsauktoriteten: kyrkan eller vetenskapen/människan. Man ser nu en uppdelning mellan religiöst baserad och sekulär humanism. Den sista versionen kom sedan att vidareutvecklas av en av den klassiska positivismens fäder, Auguste Comte (1798–1857) som skapar en tydlig hierarki av kunskapen i tre olika stadier: det teologiska, det metafysiska och det positiva, varav det sistnämnda, som är empiriskt baserat, anses vara det högsta utvecklingsstadiet. Humanismen bidrog till utvecklingen av s.k. humanistiska ämnen som filologi (intresset för språket), arkeologi (intresset för antiken), pedagogik och psykologi och bidrog också till utvecklingen av olika etiska system såsom naturrätt och andra universalistiska teorier som *utilitarism* och *pliketik*, vars företrädare också kan klassificeras som stora humanister.

Humanismen som vi förstår den i dag med denna innebörd kan kontrasteras till handling-

Jag känner mig som en stor humanist. Jag älskar mänskligheten, men står bara inte ut med den enskilda människan.



Humanistisk paradox

ar som är inhumana, dvs. inkluderar brutalitet, förnedring och kränkning. Humanism och ett humanistiskt förhållningssätt kan också kontrasteras till föreställningen om människans ofrihet och bundenhet av exempelvis ödet (*determinism*), arvsynden (*protestantisk etik*) eller samhällsvillkoren. Under 1900-talet har alltför humanister dock hävdat att determinism skulle kunna vara förenligt med mänskligt ansvar och humanism (se *fri vilja*). Se också *livsåskådning* och *människosyn*.

LITTERATUR: Ambjörnsson et al. 1981, Qvarsell et al. 2000.

Hume, David (1711–1776) var en skotsk filosof som hade ambitionen att utveckla en teori om den mänskliga naturen med de framgångsrika naturvetenskaperna som förebild, speciellt Newtons arbeten. Alla hans filosofiska arbeten genomsyras av denna ambition, inklusive hans mest berömda arbete, ungdomsverket *A Treatise of Human Nature*. Den grundläggande tanken var att bygga vetenskapen om människan och människans moral på samma grund som fysiken, nämligen på *empirisk* observation befriad från *metafysisk* spekulation om verklighetens innersta natur. Hume blir därmed en förespråkare för *naturalism* i den meningen att

metoderna för att undersöka människan inte i grunden ska skilja sig från metoderna med vilka man undersöker naturen i övrigt.

Humes grundläggande metod är att se vad som kan beläggas med förnuft och empirisk observation och att se det som inte kan beläggas på detta sätt som ogrundat. Hume menade alltså att meningsfulla uttalanden antingen berör empiriska förhållanden eller ”relationer mellan idéer” (dvs. *analytiska sanningar*) och han lade därmed grunden för den *logiska positivismen*. På denna grund baserar Hume också sin moralfilosofi. Hume såg moralen som något grundläggande för människan. Hume jämför etiken med estetiken och anser att det i princip inte finns någon skillnad mellan moralisk känsla och estetisk känsla. Vi kan uppfatta ett föremål som fult, men det vi ser är föremålets form, storlek, färg etc. Vi ser inte utöver detta en fulhetsegenskap hos föremålet, utan det är endast färgen, formen etc. som får oss att säga att föremålet är fult. Därmed måste fulhet vara något som finns hos betraktaren och inte föremålet självt, menar Hume. Det är en känsla hos oss eller en upplevelse som ger upphov till omdömet om skönhet eller fulhet. På samma sätt är det med moraliska omdömen enligt Hume. Vi ser ingen separat riktighetsegenskap hos handlingar eller en separat godhetsegenskap hos människor. Vi tillskriver i stället dessa egenskaper till handlingar och människor utifrån våra känslor inför handlingarna och människorna i fråga. Hume utvecklade därmed en moralfilosofi som baseras på våra känslor och vårt samvete och inte på förnuftet som hos *Kant*. Detta leder till att Hume gör en tydlig uppdelning i vad som å ena sidan är beskrivande (deskriptivt) och som relaterar till fakta, och å andra sidan vad som är föreskrivande (preskriptivt), dvs. där man säger till någon att denne bör handla så eller så. Hume uppmärksammar alltså problemet att åtskilja *är* och *bör*, en problematik som har sysselsatt många moralfilosofier sedan dess (se också *Moore* och det *naturalistiska felslutet*). Det innebär inte att moralen är godtycklig, utan Hume menar att en av naturen given sympati för medmänniskan förklarar moralen. Där-

för är vi benägna att ha positiva känslor inför handlingar och människor som ger upphov till glädje och nytta för andra.

I en mening är alltså Hume (inter-)subjektivist och menar att våra gemensamma känslor bestämmer vilka handlingar vi bedömer som riktiga. I en annan mening är han det inte, då han pekar på att våra gemensamma känslor generellt ser ut på ett visst sätt: vi fördömer det skadliga och berömmar det gynnsamma. Med andra ord bygger Humes moralsyn på *empati* och han föregriper *utilitarismen* och *emotivismen*.

Hume tillämpar samma typ av analys på företeelser inom vetenskapen. Han kritiserar bland annat orsaksbegreppet genom att fråga om vi någonsin observerar att något A orsakar något annat B. Vi iakttar visserligen att vissa typer av händelser alltid åtföljs av andra i tid, t.ex. att kastandet av en gummiboll på en plan icke-elastic yta alltid åtföljs av bollens studsande. Men vi kan mycket väl tänka oss att den inte skulle studsas. Så det är ingen logisk eller nödvändig sanning att den måste studsas. Men när vi säger att något orsakar något annat menar vi inte bara att händelserna följs åt i tid. Vi menar att den ena händelsen gör att den andra händelsen sker, dvs. den andra händelsen sker som ett direkt resultat av den första händelsen. Med andra ord förutsätter orsaksbegreppet en nödvändig förbindelse mellan händelser och den kan vi inte iaktta.

Varför hävdar vi då att händelser orsakar varandra? Jo, för att vi iakttar regelmässiga förbindelser dem emellan, alltså på grund av *induktion*. Men induktiva slutledningar är inte logiskt giltiga, då det inte ligger någon motsägelser i att anta att det inte i framtiden kommer att råda en förbindelse som rätt hittills. Och vi kan givetvis inte använda induktion för att rättfärdiga induktion genom att säga att vi hittills kunnat dra slutsatser från tidigare observerade händelser till framtida händelser. Det vore ett uppenbart *cirkelbevis*. På samma vis argumenterar Hume mot det förnuftiga i att tro på att våra medvetandetillstånd tillhör en bestämd storhet – jaget. Vi iakttar introspektivt mas-

sor med intryck, minnen, etc. men inget från detta skiljt jag. Hume argumenterar också mot att förnimmelser ger oss direkt tillgång till en oberoende yttervärld – vi har direkt tillgång till våra förnimmelser, men inte till det faktum att de avspeglar en av oss oberoende yttervärld. Humes radikala empirism leder honom alltså in på en skepticism, som det sedan ägnats mycket möda åt att försöka råda bot på, av bland annat *Kant*.

Som synes har Hume alltså inte bara lagt grunden för en del moralfilosofi, utan också för en del av de mest centrala tankegångarna i modern vetenskapsteori. Hans kritik av orsaksbegreppet och formulering av induktionens problem brottas man fortfarande med och dessa utgör en väsentlig del av bakgrunden till insikten om förnuftets begränsningar och den *fallibilism* som detta medför.

LITTERATUR: Hume 1978, Marc-Wogau 1970, Salwén 2003.

Humor bygger ofta på att det finns tabun, fördomar eller plågsamma minnen som vi försöker kontrollera, undertrycka, glömma eller förpassa till det omedvetna. Enligt psykoanalytiker Sigmund Freud ger vitsen oss möjlighet att komma i kontakt med vårt undermedvetna och genom skattet släppa loss lite av vårt dåliga samvete över fördomar och värderingar som vi inte alltid är medvetna om. Enligt Freud kunde vitsen och det vi skrattar åt även användas för att studera våra omedvetna fördomar och önsknings- och föreställningar. Se vidare *Freudian slip of the tongue*, *abduktion* och *specialiteters prestige*.

Vitsar är sålunda ofta kulturellt betingade och intressanta att moralfilosofiskt studera för att karakterisera sådana värderingar. Historien om engelsmannen som möter en tysk spelare sålunda på våra fördomar om nationalkarakterer. Engelsmannen säger vänligt: ”How do you do?” Tysken svarar förvånat: ”How do I do what?” Engelsmannen försöker igen: ”Well, how do you feel?” Tysken ännu mer förvånat och lite upprörd: ”How do I feel myself, where?” Engelsmannen försöker då en sista gång:

”Well, how do you find yourself?” och tysken svarar nu glatt: ”Well, I stand up in the morning, and there I am!”

Ett annat exempel på att en vits kan illustrera våra fördomar om olika specialiteter inom läkaryrket. Det gäller följande historia om en allmänläkare, en invärtesmedicinare, en kirurg och en patolog, som alla ska på andjakt. Man har kommit överens om att allmänläkaren ska skjuta först, sedan invärtesmedicinaren, efterföljd av kirurgen och sist patologen. När en fågel lyfter nere från en buske följer allmänläkaren fågeln med bössan över himlen, men sänker sedan geväret och säger: ”Nej, jag är osäker på om det var en and.” När nästa fågel flyger upp lyfter invärtesmedicinaren geväret och följer fågeln över himlen i det han säger: ”Den flyger som en and, den låter som en and, ser ut som en and...” men under tiden har fågeln kommit så långt bort att den inte går att träffa. När nästa fågel flyger upp så riktar kirurgen sitt gevär mot den och skjuter av samtliga skott. Fågeln faller till marken helt genomborrad av hagel. Kirurgen vänder sig om till patologen och säger: ”Du, spring över och kolla om det var en and!” Historien bygger på våra fördomar om allmänläkare som okunniga och osäkra, invärtesmedicinare som kunniga och noggranna, men handlingsoförmögna, kirurger som beslutsamma, men utan kunskap och förmåga att tänka och reflektera innan de handlar samt om patologer som efter obduktioner kan komma med facit (om vad patienten hade för sjukdom) och vara allmänt efterkloka. Se också *specialiteters prestige*.

Humor är egentligen ett ord som kan härledas till den galenska *humoralpatologin*, som säger att om man är på gott humör så betyder detta att vätskorna är i balans och är man på dåligt humör så är de i obalans. En humorist är sålunda ursprungligen en person som har för mycket av en av de fyra vätskorna, vilket gav anledning till att man skrattade åt en sådan person, dvs. det var uttryck för en sorts lyteskomik. Även om det i dag finns en del forskning om humorns och skrattets betydelse för hälsan (jämför talesättet ”ett gott skratt förlänger li-

vet”) är det svårt att presentera en entydig definition av humor. Det finns flera teorier om vad humorn och skrattet grundar sig på, exempelvis: 1) Överlägsenhetsteorin som säger att humor används i ett repressivt och aggressivt syfte. Det handlar då om humor på andras bekostnad, dvs. sarkasmer och ironi som enbart tar sikte på att förolämpa en annan individ. 2) Oförenlighetsteorin (inkongruens) som säger att humorn baserar sig på olika spänningar i språket, logiska motsägelser som logiska kullerbyttor, absurditeter, regelbrytning eller inkonsekvens. Med hjälp av denna teori kan man skapa distans till problem och därmed få möjlighet att hantera dem. Besläktad med denna teori är överraskningsteorin som säger att det är det plötsliga och överraskande infallet som ger anledning till humorn och skrattet (se också *abduktion*). 3) Lättnadsteorin som säger att humorn och skrattet fungerar som en ventil för uppdämd spänning och undertryckt energi. Denna teori är inspirerad av den psykoanalytiska traditionen. Besläktad med denna teori är ambivalensteorin som säger att humorn orsakas av motsattnade känslor och idéer. Sedan finns det en rad humanbiologiska och neurobiologiska teorier där man kan mäta dels vad som sker i hjärnan, dels vad som sker med immunförsvaret när vi skrattar och har roligt. Man talar om skrattet som en sorts ”inre jogging”. Generellt forskas det om humorns betydelse och bland annat de hälsobefrämjande (salutogenetiska) effekterna av humorn och skrattet, samt betydelsen för copingstrategier och därmed förmågan att omvandla negativa känslor till positiva. I dag finns det ett Nordiska sällskapet för medicinsk humor, och i Danmark finns ett center för humorforskning där både medicinare, psykologer, pedagoger, filosofer, sociologer med flera deltar. Det finns även en internationell tidskrift för humorforskning: *International Journal of Humor Research*.

Det kan som sagt vara viktigt att ta reda på vilka fördomar och värderingar som finns inom sjukvården för att på detta sätt reda ut missförstånd, misskommunikation och intressekonflikter. Humorn är dessutom inte sällan

ett bra hjälpmedel för att öka samförstånd och lösa upp intressekonflikter. Humorn ger oss också möjlighet att spegla oss själva (och skratta åt oss själva) utan att vi känner oss anklagade. Alla vi som skrattar förstår att vi kanske har en gemensam fördom och därmed blir ingen enskild utpekad som fördomsfull och en sämre människa. Alla får ett medansvar för att reda ut eventuella värdekonflikter. Stämningen lättas och problem kan lösas.

Inte sällan är en vits uppbyggd på en överraskande (*abduktiv*) slutledning. Historien om papegojan som beställde sand medan papegojans husse var på jobbet exemplifierar detta. När husse kommer hem och ser lasset med sand som ligger utanför uppfarten till hans hus, frågar han papegojan om det är den som beställt sand, och betonar att det vill han inte vara med om någon mer gång. Men nästa dag har det skett igen och mannen hotar nu papegojan med att spika upp den på väggen om den gör det en gång till. Men beställningen av sand upprepas även nästföljande dag. Mannen spikar då resolut papegojan upp på väggen så att den hänger där med en spik genom båda vingarna. Papegojan ser sig omkring och får då syn på ett krucifix med Jesus och frågar undrande: ”Har du också beställt sand?”

Det finns som anført en rad olika teorier om humor och skrattet, och det är tydligt att humor kan användas i olika syften och kan uppfattas olika beroende av sammanhanget. Det kan exempelvis vara en förutsättning för att uppfatta något som humoristiskt att man dessförinnan har skapat en stämning av trygghet och harmoni. Finns det inget samförstånd, gemensamma värderingar eller fördomar, kan det som av några uppfattas som roligt och skämtsamt av andra uppfattas som förnedrande och förlöjligande. Empati är sålunda en förutsättning för att kunna skämta, liksom förmågan att förstå när man kan skämta, på vilket sätt, med vem och i vilket sammanhang man kan göra det. Den danska filosofen Sören Kierkegaard använder begreppen ironi och humor som mellanled vid förståelsen av en människas utveckling från estetiker till ironiker, från etiker till humorist

(se *Kierkegaard*). Även Kierkegaard skiljer mellan den utlämnande ironin, dvs. på den andras bekostnad, och den fördragsamma och kärleksfulla humorn.

LITTERATUR: Cohen 1999, Freud 1960, Olsson et al. 2003.

Humoralpatologin är en sjukdomslära om balansen mellan fyra olika kroppsvätskor som lanserades av Galenos, som dock i sin tur hade inspirerats av både Hippokrates och den alexandrina skolan (Herophilos, Erasistratos och Celsus). Enligt humoralpatologin är kroppen sammansatt av fyra vätskor: slemmet (flegma), blodet (sanquinos), den gula gallan (choleros) och den svarta gallan (melancholos). Sjukdom antogs enligt denna uppfattning vara ett resultat av obalans mellan dessa vätskor. Hade man överskott av en vätska var man på dåligt humör och kallades humorist, dvs. en som ofrivilligt gav anledning till skratt, alltså en sorts lyteskomik (se vidare *humor*).

Obalansen antogs i sin tur uppstå på grund av olyckliga planetkonstellationer i makrokosmos. Man antog vidare att det fanns en nära relation mellan planeter och stjärnor i makrokosmos och människan i mikrokosmos. Vissa planeter ansågs vara speciellt sjukdomsalstrande. Månen (som enligt den då rådande aristoteliska uppfattningen tillhörde den himmelska sfären, det celesta, och därmed makrokosmos) hade en speciell relation till slemmet. Var man under påverkan av månen producerades för mycket slem och man talade då om att man var månsjuk (jämför det engelska uttrycket ”lunatics”). Påverkades man speciellt av Saturnus producerades för mycket svart galla och man kunde bli melankolisk etc. Man kunde sålunda fastställa den exakta tidpunkten för när syfilis uppstod. Det var en olycklig planetkonstellation mellan Saturnus och Jupiter i skorpionens tecken. Det förklarade samtidigt varför blodet var påverkat liksom varför könsorganen var angripna. Utifrån detta resonemang följer då att om man ska hjälpa den sjuka på vägen – stimulera de självläkande krafterna – så är bästa sättet blodtappning, eftersom man på detta sätt kom att tappa

ut det som fanns i överskott. På detta sätt kunde man underlätta återställandet av balansen. En viktig aspekt på humoralpatologin är att den inte baserar sig på magiska eller övernaturliga krafter, utan det är den första systematiska teorin om sjukdomar som baseras på naturvetenskaplig grund. Se också *blodtappning* och *Galenos* samt *humor*.

LITTERATUR: Porter 1999.

Huntingtons sjukdom är en autosomal, dominant och ärftlig sjukdom som vanligtvis först manifesterar sig i relativt sen ålder, vid 30–40 år. Sjukdomen kommer till uttryck i både psykiska och neurologiska symtom (danssjuka) och leder efter kortare eller längre tid till döden. Inte sällan avlider huntington-patienten av kvävning till följd av sväljningssvårigheter som i sin tur är följden av muskelsvaghet i svalgmuskulaturen. Även om det i dag pågår forskning inom bland annat genterapi är sjukdomen än så länge inte behandlingsbar. Ett barn till en förälder med Huntingtons sjukdom löper 50% risk att få sjukdomen. I dag finns diagnostiska test som gör det möjligt att undersöka om man riskerar att få sjukdomen, vilket kan vara av betydelse om man har för avsikt att skaffa barn. Det har dock visat sig att många personer som har en ärftlig disposition för sjukdomen inte önskar att testa sig. För de som vill veta allt som går att ta reda på för att kunna fatta rationella beslut, kan ett sådant förhållningssätt förefalla som ett irrationellt beteende. Man kan fråga om vi har en plikt att vara rationella, eller om vi har rätt att vara irrationella och försöka kringgå problem i stället för att se dem i vitögat (se *självedrägeri*). Om det enbart är personen själv som berörs av frågan kan man argumentera för det sistnämnda, men om det berör andra också, exempelvis ens avkomma, så är det inte enbart personens egen sak. Dock kan det i någon mening vara rationellt att inte vilja ta reda på huruvida man är anlagsbärande för huntington, även om man vet att sjukdomen finns i släkten, beroende på vilka målsättningar man har och hur man är beskaffad. Om man exempelvis inte har för avsikt att skaffa barn, håller på med ett

omfattande bokprojekt och vet med sig att man skulle reagera med förlamande bestörtning på ett besked om att man bär på sjukdomsogenen, förefaller det irrationellt att ta reda på huruvida man är anlagsbärare eller inte. Vidare uppkommer frågor om släktingars rätt att veta eller slippa veta. Om en man, vars farfar drabbades, vill göra ett test i unga år, kommer ett positivt test säkert avslöja att pappan är anlagsbärare. Då uppkommer frågor om pappan också borde samtycka till testet, eftersom ett test på sonen i praktiken kan vara ett test på pappan, eller om sonen har en förpliktelse att (inte) avslöja testresultatet.

Det är vid denna sjukdom och en rad andra genetiskt betingade sjukdomar också en omtvistad fråga om man som förälder har rätt att testa sitt barn innan barnet själv har möjlighet att ta ställning.

LITTERATUR: Connor et al. 1997.

Hypnos är ett trans- eller sömnlignande medvetandetilstånd som man antingen kan bringas i av en annan person, en hypnotisör, eller av sig själv. Med hjälp av hypnos kan man behandla vissa smärttillstånd och hypnoterapi används exempelvis vid behandlingen av vissa s.k. funktionella tarmsjukdomar, exempelvis kolon irritabile, som utan behandling kan bli långvarig och mycket besvärande för patienten. Hypnoterapi har också använts vid rökavvänjning och vid vissa ångesttillstånd och fobier exempelvis om man har tandläkarskräck. Inom psykoanalysen har man ibland också använt sig av hypnos för att komma i kontakt med patientens omedvetna och på detta sätt kartlägga s.k. intrapsykiska konflikter (se Freud).

Experimentellt har man visat att det är svårt att få en person i hypnos att utföra handlingar som strider mot den aktuella personens moral. Att begå brott under hypnos tycks sålunda vara svårt, även om det har varit temat i en rad filmer, bland annat Woody Allans film *The Scorpion*. Men vissa mer oskyldiga handlingar kan man åstadkomma posthypnotiskt, och man kan få en person att, utan att själv veta varför, gå och öppna ett fönster. Man kan också under

hypnos räcka personen ett normaltempererat metallföremål exempelvis en gaffel och samtidigt informera om att den är glödhet. När sedan personen vaknar efter hypnosen uppvisar han/hon spår efter brännskador.

Hypnos är etiskt kontroversiellt eftersom man kan ifrågasätta om en person som handlar under hypnos är ansvarig för sitt handlande och hur autentiskt det hypnotiska tillståndet är (se *autenticitet*). Det verkar dock ur ansvarssynpunkt finnas en skillnad mellan hypnos där man känner till syftet och frivilligt genomgår den, som fallet ofta är med hypnos för att sluta röka, och hypnos där dessa villkor inte är uppfyllda. Det förstnämnda är uppenbarligen mer förenligt med ansvar än det sistnämnda. Detta resonemang är också i linje med juridikens undantag från friskrivning av ansvar vid de tillfällena då man inte vet vad man har gjort och okunskapen är självförvållad, t.ex. genom rus (se 1 kap. 2 §, 2 st. BrB).

LITTERATUR: Wormnes et al. 2000.

Hypotetisk-deduktiv metod är en vetenskaplig metod som inte helt utan fog hävdats vara den viktigaste och gemensamma för all vetenskap. Kortfattat går metoden ut på att pröva hypoteser, vanligtvis med hjälp av empiriska undersökningar, dvs. någon form av observation. Ibland, framför allt inom matematik, teoretisk fysik och etik, används dock *tankeexperiment* snarare än empiri för att pröva hypoteser. Närmare bestämt består metoden av ett antal steg.

Utgångspunkten är ett problem och det kan vara ett praktiskt problem, som Jenners fråga om vad man ska göra åt den höga dödligheten i smittkoppor eller ett teoretiskt, som när en fysiker undrar hur mörk materia är beskaffad. Poängen är att problemet ska bestå i eller ge upphov till en fråga: exempelvis "Hur förebyggs smittkoppor?" (Jenner), "Varför skiljer sig barnsängsdödligheten åt mellan två avdelningar?" (*Semmelweis*) eller "Varför startade första världskriget?"

Nästa steg är att formulera en hypotes. En hypotes är en gissning eller ett antagande

som är sådant att det besvarar frågan om det stämmer. Varifrån hypotesen kommer spelar i princip ingen roll. Ibland rör det sig om att man iakttagit något, som exempelvis Jenners hypotes om att kokoppor förebygger smittkoppor, som delvis kom sig av att han iakttog att mjölkerskor som utsatts för kokoppor sällan insjuknade i smittkoppor. Det kan dock också vara rent tankearbete eller till och med drömmar som föranleder hypoteser, som exempelvis när Kekulé formulerade hypotesen om bensenmolekylens cirkulära struktur efter en dröm om ormar som bet sig i svansen. (Oftast är det dock så att den aktuella forskaren har lagt ned stor tankemöda innan en sådan hypotes uppstår, jämför det engelska talesättet: "Luck is the reward of the prepared mind.") Oberoende av varifrån hypotesen kommer är den dock nödvändig för att forskarens undersökningar ska få en riktning, för att veta vad man ska leta efter.

Steget därefter är det deduktiva i processen, nämligen att man härleder empiriska konsekvenser ur hypotesen, dvs. vad man borde observera om hypotesen stämmer. Det rör sig aldrig i praktiken om en strikt *deduktion*, vilket gör namnet missvisande, utan snarare om ett mer eller mindre rimligt antagande om vad man borde observera givet hypotesens riktighet. Om man exempelvis undrar hur man förebygger smittkoppor och formulerar hypotesen att inympandet av kokoppor förebygger smittkoppor, så borde man iaktta att någon som utsätts för smittkoppor, och som fått kokoppor inympade inte drabbas av smittkoppor. Men även om man iakttar detta är det inte säkert att hypotesen stämmer, utan det behövs oftast även hjälphypoteser.

Steg efter detta är att bedriva själva empirin, dvs. genom experiment undersöka om man observerar det som man kommit fram till att man borde observera om hypotesen stämmer. Om man observerar det, så kan man tills vidare omfatta hypotesen, annars förkasta den. Detta är i alla fall grundtanken. Vanligtvis brukar man presentera den hypotetisk-deduktiva metoden schematiskt på följande sätt:

Premiss 1: Hypotes

(t.ex. patienter med sjukdomen S som får medicinen B blir friska)

Premiss 2: Initialtillstånd

(t.ex. patienten X har sjukdomen S och får medicinen B)

Slutsats: Testimplikation

(t.ex. patienten X blir frisk)

Slutsatsen (3) i detta deduktiva resonemang är alltså det man vill gå vidare med och undersöka empiriskt genom ett *experiment* eller en *observationsstudie*.

Ett klassiskt och illustrativt exempel på den hypotetisk-deduktiva metoden från den medicinska vetenskapens historia kommer från Semmelweis, som var verksam läkare på en förlossningsklinik (Allgemeines Krankenhaus) i 1840-talets Wien (se *barnsängsfeber*). Problemet var att kvinno- och barnadödligheten i barnsäng var mycket högre på avdelning I (där läkare var verksamma) jämfört med avdelning två (där barnmorskor var verksamma). Semmelweis frågade då vad denna skillnad kunde bero på. En av de första hypoteserna han provade var att det berodde på atmosfärisk-kosmiska/telluriska påverkningar, i enlighet med den s.k. miasmateorin som då var allmänt rådande, vilket från början var en antik teori som sade att sjukdom berodde på ett slags giftiga gaser som fanns i luften, dvs. luften var dålig, jämför mal air från vilket ordet malaria är härlett. En empirisk konsekvens av detta var att man borde iaktta skilda atmosfäriska förhållanden på de båda avdelningarna. Då inga sådana kunde observeras förkastade Semmelweis hypotesen. På liknande sätt förkastade han hypotesen att det kunde röra sig om skillnader i diet eller omvårdnad av kvinnor på de båda avdelningarna. Han provade också hypoteser med hjälp av experiment, bland annat hypotesen att det kan vara åsynen av prästen som skrämde kvinnorna när han kom för att ge sista smörjelsen. Han var nämligen synlig för kvinnorna på ena avdelningen men inte andra, eftersom de på den andra avdelningen hade en bakdörr. Då borde

man iakttar att dödligheten gick ned på den första avdelningen om man även där byggde en bakdörr som prästen obemärkt kunde slinka ut och in genom. Detta försök innebar dock ingen skillnad, varvid även denna hypotes förkastades. Semmelweis fastnade till slut för hypotesen att det var läkarna och de medicinstuderande som överförde "likämnen" från sina händer till de födande kvinnorna i samband med att de gick från obduktionssalarna till de födande kvinnorna. Semmelweis formulerade hypotesen efter att hans kollega insjuknade och avled i ett förlopp som liknade de avlidna kvinnornas, efter att ha skurit sig i samband med obduktion. Semmelweis provade hypotesen genom att låta läkare och kandidater tillämpa en speciell tvättning i klorkalkvatten innan de undersökte de födande kvinnorna, varvid dödligheten sjönk.

Hade Semmelweis därmed bevisat sin hypotes? Nej, det hade han inte. Om vi ställer upp Semmelweis resonemang mer formellt, så ser vi varför:

Premiss 1: Om likämnen orsakar barnsängsdödlighet, så hjälper grundlig tvättning.

Premiss 2: Grundlig tvättning hjälper.

Slutsats: Därför orsakar likämnen barnsängsdödlighet.

Resonemanget är inte logiskt följdriktigt (se skillnaden mellan *deduktion* och *abduktion*). Trots att dödligheten gick ned när tvättningen började kunde det vara något annat som hände samtidigt, som man inte tänkte på, som i själva verket förklarade den minskade dödligheten. Här ser vi vidare att även om inte grundlig tvättning hade hjälpt, så kunde Semmelweis ha hållit fast vid sin hypotes, nämligen genom att förneka premiss 2: man kan hävda att likämnen orsakar barnsängsfeber, men att grundlig tvättning inte tar bort likämnen. Slutsatserna är två: Hypoteser är aldrig fullständigt bevisade eller verifierade, samt hypoteser är aldrig slutgiltigt förkastade eller falsifierade. Det är med andra ord svårt att hitta avgörande (krusiala)

experiment som en gång för alla kan avgöra en empirisk fråga. Det sistnämnda visas av möjligheten att hålla fast vid hypoteser, även när de till synes är motbevisade. Detta är möjligt eftersom vi alltid förutsätter hjälphypoteser när vi testar en hypotes. En hjälphypotes är en hypotes vi förutsätter riktigheten av, men som vi inte själva kontrollerar, exempelvis Semmelweis antagande att tvättning avlägsnar den dödliga substansen ifråga. På samma sätt förutsätter vi ofta att mätinstrument fungerar när vi gör ett test. Om detta inte stämmer är resultaten opålitliga och vi behöver inte förkasta hypotesen. Hjälphypotesen räddar sålunda forskningshypotesen. Problemet är förstas att veta vilka hjälphypoteser som stämmer, vilket i praktiken är omöjligt. Även om tumregeln är att betrakta observationer som säkrare än teorier och därmed förkasta hypoteser som till synes är falsifierade, så gör vi inte detta, med mindre än att det åtminstone finns en bättre hypotes. Bättre? Ja, vetenskapsteoretiskt bättre: enklare, fruktbarare, med minst samma förklaringsförmåga. Se också *ad hoc-antaganden*.

Ibland påstås det att den hypotetisk-deduktiva metoden enbart gäller naturvetenskapen. Detta är dock minst sagt tvivelaktigt. Även i samhällsvetenskap och humaniora har man frågor och provar hypotetiska svar gentemot empiri, även om svaren sällan är i termer av allmänna lagar och empirin ofta består av meningsfullt material, vilket ger upphov till frågor om tolkning. Se *hermeneutik*.

LITTERATUR: Föllesdal et al. 2001, Johansson et al. 2008.

Hypotetisk vilja, se *vårddirektiv* och *livstestamente*.

Hälsa är ett svårdefinierat begrepp som flera olika teoretiker försökt ge ett innehåll. Mest känd är World Health Organisations (WHO:s) definition från 1946 som säger att hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom och handikapp. Denna definition måste förstas uppfattas som en vision eller ett

ideal, dvs. något att sträva efter. Definitionen innefattar lite av det vi i vardagslag menar med hälsa, som ju knappast kräver fullständigt välbefinnande för att vi ska räkna någon som frisk. Om man är sur för att man missade bussen skulle man knappast säga att ens hälsa påverkades negativt. Begreppet innebär att det ska finnas en dynamisk balans inom individen själv (harmonin) samt även en balans i relation till omgivningen, exempelvis andra människor. Man måste också relatera hälsan till det omgivande samhället och de villkor detta samhälle ger den enskilda individen. Fenomenologiskt kan man som Hans-Georg Gadamer säga att "hälsan tigger still". Hälsan uttrycker sig i samvaron med andra och genom att man är uppfylld av livets uppgifter på ett förnöjsamt sätt. Det är först då hälsan börjar klinga falskt som sjukdomen gör sig påmind; det är som den svenska filosofen, Fredrik Svenaeus säger, ett dissonant fenomen som hindrar vårt dagliga liv. Det som tidigare flutit med automatik börjar plötsligt göra motstånd. Man kan också få ett intryck av vad hälsa är genom att se på några av dess motsatser och de *metaforer* som då används: ohälsosamt leverne, ohälsosam kost, ohälsosam beteende, ohälsosamt miljö, sjukdom, dysfunktioner, obalans i homeostasen, hypo- och hyperfunktion (av exempelvis vissa endokrina funktioner) och allmän funktionsnedsättning, fysiskt och psykiskt handikapp/funktionshinder, degenerativa tillstånd etc. Vissa anser att hälsa är ett värde i sig medan andra menar att det enbart är ett medel för att uppnå välbefinnande. Se *extrinsikala* och *intrinsikala* värden.

Det är förmodligen svårt att ge en definition av hälsa som fullständigt överensstämmer med språkbruket, eftersom vardagligt språkbruk är för vagt för att ordet "hälsa" ska låta sig fångas i en traditionell definition som anger nödvändiga villkor, som tillsammans är tillräckliga. Det finns inte heller någon allmänt vetenskapligt accepterad definition av hälsa. Försök har gjorts att definiera hälsa vetenskapligt, exempelvis som synonymt med frånvaro av sjukdom och sedan i sin tur definiera sjukdom biomedicinskt (exempelvis som störning av naturlig

funktion). Ingen av dessa definitioner har varit särskilt lyckade, eftersom de ofta blir för snäva eller för vida för att överensstämja med vad vi normalt skulle kalla för hälsa. Exempelvis skulle hälsa i termer av frånvaro av störning av naturlig funktion medföra att infektionssjukdomar inte skulle räknas som ohälsa, eftersom att reagera med sjukdomssymtom på en infektion (t.ex. kräkning) är en naturlig funktion (dvs. gynnsam ur ett evolutionärt perspektiv). Om man däremot försöker definiera hälsa i termer av mer eller mindre uttalad hälsa (graduellt) och har som målsättning att definitionen ska leva upp till villkoret att göra värderingar som "sjukvårdens mål är att gynna hälsan" så rimliga som möjligt, så finns en del utsikter att lyckas fånga det väsentliga i hälsobegreppet. Hälsa handlar då i första hand om funktionsförmåga och upplevt välbefinnande.

LITTERATUR: Boorse 1977, Brülde et al. 2003, Nordenfeldt 1991, Svenaeus 2003.

Hälsa- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763)

har i Sverige bland annat som mål att "vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården." Det finns också krav på hälso- och sjukvården, som enligt HSL § 2a ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den ska: 1) vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, 2) vara lättillgänglig, 3) bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, samt 4) främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Det betonas att vården och behandlingen så långt det är möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Det heter vidare att varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården ska, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Se även *patienträttigheter*.

Sjukvårdspersonalens skyldigheter är reglerade i lagen om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvården (LYS). Det bör poängteras att HSL är en ramlag som inte ger entydiga besked i många av de svåra etiska frågor som uppkommer i vården, som t.ex. hur man ska väga konflikter mellan självbestämmande och behov av trygghet när dessa kommer i konflikt.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, se *HASAN*.

Höghöjdsexperiment refererar till de experiment som genomfördes i det nazistiska koncentrationslägret Dachau 1942, av flygmedicinaren dr Rascher, professor Holzlöhner med flera. Dessa experiment var inledningen till att använda människor i stor skala vid livsfarliga experiment. Utöver det uppenbart oetiska i att man började genomföra sådana experiment

(vilken sedan ledde till både *Nürnbergkoden 1947* och senare *Helsingforsdeklarationen 1964*) har man också diskuterat den vetenskapliga kvaliteten av bland annat de flygmedicinska experimenten. Det förefaller i dag som om de tekniskt och metodologiskt sett höll hög standard och att exempelvis den framstående tyska forskaren Hubertus Strughold inom det flygmedicinska området stödde experimenten och tog del av resultaten. Det anses vara bland annat erfarenheterna från dessa experiment som Strughold tog med sig till USA då han rekryterades av amerikanerna. Experimenten och Strugholds erfarenheter (han konstruerade tryckdräkterna) anses sålunda ha varit en förutsättning för att kunna skicka bemannade raketer ut i rymden. Strughold anses vara medicinens svar på Wernher von Braun inom raketforskningen. Se också *project paperclips*.

I

Iatrogen sjukdom innebär att det är någon eller något inom sjukvården som är orsaken till sjukdomen, exempelvis fallet med *barnsängsfeber* på Semmelweis tid. Biverkningar av behandling, exempelvis infektioner efter operationer eller direkt felbehandling klassificeras ibland också som iatrogen. Man talar även om iatrogen betingat missbruk av läkemedel, dvs. missbruk som uppkommit till följd av läkares förskrivning av exempelvis morfin till smärtpatienter efter exempelvis kirurgiska ingrepp. Patienterna utvecklar sedan ett beroende av morfinet och kan inte sluta med detta även efter att smärttillståndet är färdigbehandlat. Om en läkare kränker en patient kan detta också leda till en rad effekter som kan sägas vara iatrogen betingade problem (se exempelvis *besvärliga patienter*). Iatrogen refererar sålunda till tillstånd där bland annat läkare är den direkta eller indirekta orsaken till en patients tillstånd. Se också *icke skada-principen* och *Odysseussyndromet*.

Icke skada-principen tillskrivs vanligen den klassiska hippokratiska etiken men har även fått en modern innebörd genom den s.k. *principilismen*. Den hippokratiska traditionen innebär en appell till läkaren att om man vill vara en god läkare (som förebilden Hippokrates) strävar man efter att göra gott och avstår från det som kan skada patienten: ”Efter förmåga ska jag vidta dietetiska anordningar till gagn för de sjuka; och vad som kan skada eller förfördela dem ska jag söka avvärja”. Från icke skada-principen kan man emellertid inte automatiskt härleda axiomet att det gäller att först och främst inte skada, också refererat till som *”primum non nocere-axiomet”*, som sannolikt är en 1800-talssprodukt. I den moderna principorienterade och normativa etiken föreskrivs läkaren att han

eller hon inte bör skada eller utsätta en patient för risk för skada. Det kan omedelbart låta som en låg ambitionsnivå, men det måste ses i relation till principen att göra gott, som ibland kan leda till skadeeffekter som biverkningar eller till ett reellt och beräknat risktagande vid ett medicinskt eller kirurgiskt ingrepp.

Ser man medicinsk-historiskt på läkaryrket har medicinska behandlingar vid ett flertal tillfällen visat sig skada mer än de gagnar, dvs. varit kontraproduktiva. Så var exempelvis fallet med den amerikanska cancerforskaren Charles B. Huggins (1901–1997) östrogenbehandling mot prostatacancer. Huggins fick 1966 Nobelpriset för sin upptäckt att det kvinnliga könshormonet östrogen hämmar tillväxten av prostatakörteln och sålunda kan ges till patienter med prostatacancer. Cancersjukdomen gick visserligen i regress, men patienterna avled ändå flera år innan vad som kunde förväntas ha skett om de inte fått behandling. Men de avled inte i sin cancersjukdom, utan som en följd av den hjärt-kärlsjukdom som östrogenbehandlingen hade som bieffekt. Även i fallet med *barnsängsfeber* på Allgemeines Krankenhaus i Wien åren innan (och även åren efter) Semmelweis (se exempelvis *hypotetisk-deduktiv metod*), kan läkarna sägas ha skadat mer än de gagnat. Senare med introduktionen av lobotomin och de utvidgade indikationerna på behandling kan man också i många fall ha skadat mer än man gagnade. Det är alltså inte helt trivialt att i ett medicinskt sammanhang lyfta fram principen om att inte skada som angelägen. Tillsammans med principen att göra gott kan icke skada-principen sägas kunna peka fram emot forskningsprincipen, dvs. att i syfte att ge bästa möjliga behandling och att undvika att skada, så bör exempelvis en läkare forska för att ta reda på vad som gagnar

och vad som skadar. Se *forskningsprincipen* och *göra gott-principen*.

Den moderna diskussionen om icke skada-principen förs i stor utsträckning inom ramen för principilismen och handlar i första hand just om förhållandet mellan denna princip och principen om att göra gott. *Beauchamps* och *Childress* tanke är att göra gott-principen grundlägger förpliktelser, medan icke skada-principen grundlägger förbud som kringskär förpliktelserna att göra gott. Generellt sett menar de att det är viktigare att inte skada än att göra gott, så att även en vinst i rent utilitaristiska termer av att tillfoga en viss skada inte räcker till för att skadan ska vara acceptabel. Det skulle exempelvis inte vara acceptabelt ens i princip att allvarligt skada en person för att rädda två andra, allt annat lika. Dock trumfar inte icke skada-principen alltid göra gott-principen, då tillräckligt stora vinster gör vissa risker för skada acceptabla. Annars blir ett nålstick för att rädda ett liv oacceptabelt. Det är alltså någon idé om det ondas vikt som ligger till grund för *Beauchamps* och *Childress* syn. Att undvika att aktivt göra ont är viktigare än att göra gott, men har inget absolut företräde, utan är en *prima facie*-förpliktelse. Med andra ord anses inte plikten att inte skada alltid vara en *absolut plikt*, utan är enbart det om inte tillräckligt stora vinster står på spel.

Skadebegreppet är dock otydligt: Vad innebär det att skada någon? Generellt kan det definieras som att handla mot någons intresse. Detta kan dock bli en för vid definition, eftersom Pers bokning av en tid för hälsoundersökning hos en läkare samtidigt som Pål också vill undersökas av samma läkare då skulle innebära att Per skadar Pål. I praktiken förstås därför skada ofta med hänvisning till vissa prototypiska fall av skada, som att döda, orsaka smärta och skada förmågor. Också att ge upphov till risk för skada brukar räknas in i principen, även om skadan faktiskt inte inträffar. Utöver att skadebegreppet är svårt att definiera är det svårt att avgränsa skada från att inte göra gott. I ett berömt fall i USA erbjöd en kusin att donera benmärg till en man (Robert McFall) som var

döende i aplastisk anemi, men kusinen drog sig ur efter vävnadsprovet, som visade att kusinen var en passande donator, och McFall avled. Kusinens advokat hävdade att kusinen enbart avstått från att göra gott, medan åklagaren hävdade att kusinen skadat genom att försena transplantationen. Hade han inte tackat ja alls, så hade man letat efter en annan donator från början. Domstolen gick på kusinens linje, men fallet understryker svårigheten i att dra någon bestämd gräns mellan att skada och inte göra gott. Distinktionen har också använts för att göra skillnad mellan förbjuden och tillåten *dödshjälp*, utan större allmän acceptans. Man kan exempelvis fråga om och i så fall på vilket sätt man skadar en terminalt sjuk patient som i syftet att slippa ett outhärdligt lidande – och som inte på ett acceptabelt sätt kan behandlas med gängse palliativa medel – önskar att en läkare aktivt påskyndar döden genom att antingen förskriva ett läkemedel som patienten själv kan ta eller genom att ge en injektion med läkemedel så att patienten avlider.

LITTERATUR: Beauchamp et al. 2001, Blomqvist 1975.

Icke-terapeutisk intensivvård refererar till intensivvård av obotligt döende patienter där denna vård inte tar sikte på att fortsätta livsuppehållande behandling för patientens skull, utan för att förbättra möjligheten att använda patientens organ för transplantationsändamål när patienten avlider. Icke-terapeutisk intensivvård innebär sålunda att den aktuella patienten som är utom terapeutiskt räckhåll intensivvårdas för en annan människas skull. Hade det inte varit aktuellt med eventuell organdonation, skulle man ha avbrutit fortsatt intensivvårdsbehandling. Man talar också om elektiv ventilation. Förutsättningen för att kunna tillämpa icke-terapeutisk intensivvård är att patienten har en omfattande hjärnskada där prognosen bedöms vara mycket dålig och där man kan förvänta sig att patienten utvecklar en total hjärninfarkt inom relativt kort tid. Det är alltså inte frågan om att man ska intensivvårda en sådan patient under en längre tid, utan van-

ligen kan det vara frågan om något eller några dygn innan patienten förväntas avlida (enligt hjärnrelaterade dödkriterier, se *dödsdefinitioner*).

Om en sådan patient har skrivit ett vårddirektiv eller uttryckligen framfört önskemål om att kunna donera sina organ när han/hon avlider, så kan man säga att den icke-terapeutiska intensivvården under några dygn är en förutsättning för organdonationen och därför är i överensstämmelse med patientens önskemål. I den meningen kan man ändå säga att vården ges för patientens skull också (se *önskeuppfyllelsesteori*). Men juridiskt anses det inte vara acceptabelt att man vårdar en patient för andras skull, och jurister anser också att om en person i ett vårddirektiv har donerat sina organ till sjukvården, så innebär detta inte att man samtidigt har accepterat att få fortsatt intensivvård när denna inte längre gagnar den aktuella patienten. Enligt den juridiska bedömningen krävs alltså en lagreglering för att kunna tillämpa icke-terapeutisk intensivvård. Etiskt sett skulle det räcka med att man ändrar på hur man formulerar donationshandlingen, dvs. att den utöver beredskapen att donera sina organ till sjukvården även ger sjukvården ett tidsrum för att kunna fullfölja personens vilja. Detta är dock under förutsättning av att patienten faktiskt avlider. Om den givna intensivvården leder till att patienten i stället hamnar i ett *permanent* (persisterande) *vegetativt tillstånd* är det inte säkert att individen skulle ha accepterat proceduren. Då måste man i sitt vårddirektiv även ta hänsyn till en sådan situation och tala om att man vill att all annan behandling, inklusive vätske- och näringstillförsel, upphör.

Bland intensivvårdsläkare pågår en diskussion om huruvida man ska acceptera icke-terapeutisk intensivvård eller inte. Ofta tolkas det som en konflikt mellan patientens autonomi och påbudet att göra gott eller som en konflikt mellan att enbart se till patientens bästa (även om patienten knappast kan sägas skadas av åtgärden), vilket ses som grundregeln i medicinsk etik, och att också se till andras bästa. Det är dock inte enbart de ovanstående konflikterna

och frågorna som här aktualiseras. För intensivvårdsläkare handlar det också om prioriteringar och resursanvändning inom intensivvården. Den icke-terapeutiska intensivvården och efterföljande transplantationsverksamheten sker oftast på bekostnad av annan verksamhet inom intensivvården. Se *organdonation*, *vårddirektiv* och *önskeuppfyllelsesteori*.

LITTERATUR: Söderlind et al. 2009.

Idealiseringsprocedur kan tillsammans med abstraktionsprocedurer tillhöra tankeexperimentets sätt att konstruera situationer där man kan renodla en problematik och därmed fokusera på något och bortse från något annat. Det kan vara till stor hjälp om man ska studera i övrigt komplexa system eller vill renodla resonemang. Galilei skapade exempelvis idealiserade situationer med en pendel med viktlösa snören i tänkt vakuum etc. Ofta är idealiserings- och abstraktionsprocedurer kopplade till klausulen ”allt annat lika” (*ceteris paribus*). I exemplet med *fångarnas dilemma* har situationen också idealiserats i syftet att exempelvis illustrera att egoismen inte alltid är förenlig med nyttoprincipen. Denna typ av procedurer och resonemang, där syftet är att göra sig fri från störande variabler (verklighetens brus), kan rättfärdigas om man härmed kan fånga väsentliga drag av verkligheten.

LITTERATUR: Kragh et al. 1981.

Ideologiska hänsyn talar man om då vetenskapen mer eller mindre öppet tjänar vissa intressen, oftast starka ekonomiska, politiska eller religiösa intressen. Det sker ofta då politiken öppet allierar sig med vetenskapen eller vetenskapen allierar sig med politiken. Typiska exempel på sådana olyckliga konstellationer såg vi under 1930-talets Tyskland med rasbiologiska teorier, i Sovjetunionens vurm för Lysenkos anti-mendelska genetik, eller med våra egna steriliseringskampanjer med eugeniska indikationer under 1940-talet. Ytterligare exempel är diskussionen om huruvida intelligens är beroende av arv eller miljö och den forskning som psykologen Cyril Burt genomförde

på 1950-talet. Det fanns tydliga indikationer på att Burts resultat var färgade av hans egna förväntningar och att resultaten var i överensstämmelse med den då rådande uppfattningen om att alla mänskliga egenskaper är genetiskt betingade. Detta var en uppfattning som bland annat låg bakom den eugeniska rörelsen (se vidare *abduktion*). Medicinen är ett område där man speciellt måste se upp med risken för ideologiska hänsyn, där speciellt psykiatrin kan användas i politiska syften. Medicinen handlar om människan och hennes funktioner men handlar dessutom om vetenskapens prestige och trovärdighet. Lierad med politiska syften blir vetenskapen därför ett kraftfullt vapen för att kontrollera människor. Även den medicinska etiken kan vara utsatt för politisering och därmed ideologisering. Vissa politiska partier har satt etiken i främsta rummet, och det gäller för etiska resonemang att bevara moralfilosofins oberoende av partipolitiska hänsyn. Se vidare *disinterestedness, jämlikhet, missbruk av psykiatri och tvångsterilisering*.

Idol, se Bacons idoler.

Imperfekta (eller ofullkomliga) plikter, se *perfekta plikter*.

Indikationsglidning talar man om i de fall där en behandling prövas på andra områden än de som initialt var indicerade. Man utvidgar alltså indikationsområdet för en viss typ av behandling och säger att det skett en glidning i indikationsområdet. Oftast är indikationsglidning menat som något negativt och icke ändamålsenligt eller kanske rent av ett missbruk, som exempelvis de utvidgade kriterierna för steriliseringar som ägde rum under 1935–1975 i Sverige, där de s.k. eugeniska indikationerna i många fall saknade vetenskaplig evidens. På liknande sätt skedde det inom lobotomeringsverksamheten en indikationsglidning, kanske även inom tillämpningen av *ECT* (elchocksbehandling). En otillbörlig indikationsglidning bör man dock reservera för de situationer där man utvidgat indikationen utan att ha empirisk evidens för

att göra så. I en provningssituation eller om den nya indikationen visar sig vara till gagn för patienter med en viss åkomma kan man i stället tala om att indikationen har utvidgats. Ofta sker detta då man prövat en behandling och sedan sett att vissa biverkningar skulle kunna användas terapeutiskt. Exempelvis har man sett att vissa antidepressiva medel (s.k. SSRI-preparat) som biverkning kan fördröja utlösning hos män. För män som har problem med för tidig utlösning kan det sålunda vara till hjälp att använda sådana läkemedel. Här har det alltså skett en indikationsglidning så länge dessa läkemedels antagna effekt inte har dokumenterats med randomiserade studier (RCT). Men om man med RCT kommer att visa att läkemedlen har den avsedda effekten kan man därefter tala om en utvidgning av indikationsområdet. På samma sätt kan man diskutera användningen av *ECT* utöver de allvarliga depressiva tillstånd där man har dokumentation av att behandlingen fungerar. I en desperat situation där man står med en patient med stark ångest eller psykos där ingen annan behandling finns, är det då fel att pröva med *ECT*? Även om det kan finnas risk för indikationsglidning är det en vanlig förekomst, när ett nytt lovande läkemedel kommer fram, att även testa läkemedlet för besläktade tillstånd. Så har exempelvis skett inom kardiologin med de blodtryckssänkande läkemedlen betablockerare. De används nu på en rad andra områden inom kardiologin där de till en början ansågs vara kontraindicerade (exempelvis vid hjärtsvikt). Se vidare *neurosedynkatastrofen*.

Ett klassiskt område där man diskuterat möjligheten för indikationsglidning är *döds-hjäl*p. Man befarar att om man exempelvis säger ja till att beslutskapabla, mycket svårt sjuka människor i livets slutskede skulle få hjälp med läkarassisterat suicid eller självmalt livs slut, så skulle indikationen för döds-hjälp snart utvidgas till att omfatta även icke beslutskapabla människor. Motivet är då inte att de lider och är i livets slutskede, men att dessa människor är till belastning för sjukvården eller andra berörda. Man talar i dessa sammanhang om ett *sluttande plan*, som då används som metafor för

en oundviklig naturprocess. Man hänvisar till Tredje rikets användning av begreppet eutanasi som en eufemism för den systematiska utrotningen av människor vars liv inte ansågs värda att leva. Det är dock viktigt att skilja mellan sluttande plan-argument och att vara konsekvent i sina resonemang. Om vi tar exempelvis frågan om *fosterreduktion* kan det omedelbart uppfattas som en indikationsglidning eller missbruk av rätten till abort. Om föräldrar själva kan bestämma om de vill ha barn eller göra abort så måste man i konsekvensens namn också ge dem rätt till att själva bestämma om de vill ha trillingar eller tvillingar eller bara ett barn. Ska man vara konsekvent så kan man inte gärna vara för abort och samtidigt vara emot osekulerad fosterreduktion, åtminstone om man inte anger goda skäl till att just fosterreduktion skulle vara en särskilt problematisk form av abort (se också *superveniens*). Är man mot abort så kan man inte heller gärna vara för fosterreduktion, återigen om man inte anger goda skäl till att just fosterreduktion skulle vara en särskilt oproblematisk form av abort. Fosterreduktion är en form av abort som har tillkommit till följd av den tekniska utvecklingen med bland annat förbättrad ultraljudsmetodik. Det är alltså knappast en fråga om indikationsglidning, utan snarare ett konsekvent sätt att tillämpa den gällande abortlagstiftningen.

Termen indikationsglidning används också ibland för att benämna trenden att fler och fler tillstånd ses som indikation på sjukdom snarare än (icke-medicinska) problem i allmänhet. Denna term används framför allt inom *genetiken* och *fosterdiagnostiken*, där gentest kan avslöja alltfler indikationer på problematiska tillstånd. Det finns en *gråzon* av tillstånd mellan sjukdom och icke-sjukdom som är särskilt kontroversiella, som allmän nedstämdhet, fetma, harmynthet, kortväxthet, barnlöshet och antisociala tendenser, för att nämna några exempel. Att i ökad utsträckning se dessa problem som medicinska kallas ibland för indikationsglidning, men oftare för *patologisering* av mänskliga problem.

LITTERATUR: SMER 2004.

Individuell paternalism är ett paternalistiskt förhållningssätt som är riktat mot en enskild individ i motsättning till social paternalism som är riktad mot en hel grupp eller hela befolkningen. Individen anses inte veta sitt eget bästa, och läkaren/vårdaren fattar beslut i patientens ställe – med patientens bästa för ögonen. Se *medicinsk paternalism*.

Induktion är en slutledningsprocedur där man går från det enskilda eller ett begränsat antal observationer till slutsatsen att så gäller också för alla andra liknande fall. Ett typexempel är följande:

Den här patienten med sjukdomen S tillfrisknade när han fick behandlingen B.

Alla patienter med sjukdomen S tillfrisknar när de får behandlingen B.

Ett annat typexempel är då man undersökt ett stickprov (exempelvis 1 000 personer) ur befolkningen (och frågar vem man skulle rösta på ifall det var val i dag) och sedan efter analys drar slutsatsen att detta gäller hela befolkningen. Också detta är induktion, även om statistiker

Jag har ätit rågbröd med leverpastej varje dag i 50 år och har aldrig varit sjuk. Alla som vill förebygga sjukdom – gör som jag – ät rågbröd med leverpastej varje dag!



Induktiv slutledning

snarare brukar tala om statistisk inferens, och även lägga till beräkningar om den statistiska osäkerheten eller felmarginaler.

Problemet med det induktiva resonemanget är att ett sådant resonemang, i motsats till den deduktiva slutledningsproceduren, inte säkert leder till att en slutsats är korrekt även om premissen eller premisserna är sann/sanna. Det följer alltså inte med logisk nödvändighet att generaliseringen är giltig, eftersom vi mycket väl kan tänka oss att framtida observationer är i strid med generaliseringen. Men vi kan som antytt göra generaliseringen mer eller mindre tillförlitlig genom statistisk analys. Poängen är att hypoteser och teorier alltid är empiriskt underbestämda. Ett annat exempel är:

I Hitlertyskland införde man eutanasi vilket ledde till ett systematiskt utrotande av människor vars liv (av andra) inte ansågs vara värda att leva.

I alla länder där man inför eutanasi leder det till ett systematiskt utrotande av människor vars liv (av andra) inte anses vara värda att leva.

Denna generalisering är alltså inte deduktivt härledd och slutsatsen följer inte med logisk nödvändighet av premissen. Tvärtom talar empirin emot och man har exempelvis i Holland, Belgien och Luxemburg infört eutanasi utan att det har fått sådana konsekvenser, och man kan sålunda säga att vi falsifierat den generella slutsatsen att ”I alla länder där man inför eutanasi leder det till ett systematiskt utrotande av människor vars liv (av andra) inte anses vara värda att leva” – åtminstone tills vidare. Tills vidare, eftersom man alltid kan rädda en generalisering genom att kvalificera den med *ad hoc-antaganden*, exempelvis genom att göra tidsspannet för vilken den gäller i stort sett ändlöst i fallet med *eutanasi*. Se även *deduktion* och *abduktion* samt *reductio ad absurdum-argument* och *analogislutledning*.

LITTERATUR: Johansson et al. 2008, Kragh et al. 1981.

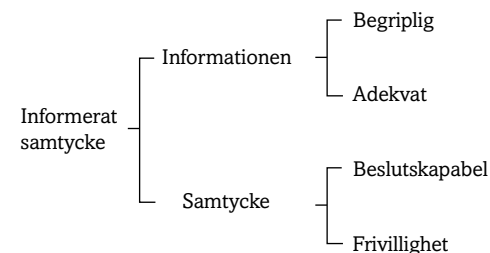
Infanticid betyder att man dödar barn. Det har förekommit i en rad kulturer och enligt polarforskarern Rolf Kjellström förekom detta exempelvis bland inuiter fram till för cirka hundra år sedan. Förekomsten av infanticid i en inuitkultur kunde vara motiverat av svältperioder. Det har också förekommit i vissa indianstammar och bland annat Indien och Kina, där speciellt flickebarn har dödat omedelbart efter förlösningen.

Tillvägagångssätten har varit flera. I inuitkulturer kunde man exempelvis lägga ut ett nyfött barn i kylan. Det var vanligast att flickebarn dödades, vilket berodde på att pojkarna skulle lära sig att segla kajak och fånga fisk och sälar. Dödligheten i samband med jakt från kajak var hög och vid 25 års ålder var antalet kvinnor och män lika bland inuiter som levde i denna kultur. Dog en inuitmamma i barnsäng hände det också att det nyfödda barnet, ifall det inte fanns andra ammande kvinnor som ville ta hand om det, begravdes tillsammans med den avlidna mamman. När kvinnor sa nej till att ta hand om och amma ett extra barn hängde det bland annat samman med att kvinnorna bar barnet på ryggen i ett speciellt klädesplagg (amauten) där det bara fanns plats för ett barn. Detta var också anledningen till att man vid tvillingfödsel ofta avlivade det ena barnet. Se också *abort* och *fosterreduktion*.

LITTERATUR: Kjellström 1974.

Informerat samtycke är en procedur och ett sätt att uttrycka respekt för en persons autonomi. Informerat samtycke är av relevans i klinisk forskning i samband med rekrytering av patienter eller försökspersoner, för den kliniska undervisningen av exempelvis läkarstuderande samt även i samband med rutinutredning och behandling. Det är dock framför allt inom den kliniska forskningen informerat samtycke har uppmärksammat och specificerats, exempelvis i Helsingforsdeklarationen. Informerat samtycke anses vara en förutsättning för att en person ska kunna fatta ett rationellt och väl övervägt beslut om att delta eller inte och därmed en förutsättning för *autonomt* beslutsfattande.

Informerat samtycke består av två komponenter, en informationskomponent och en samtyckekomponent. Man kan schematiskt presentera det på följande sätt:

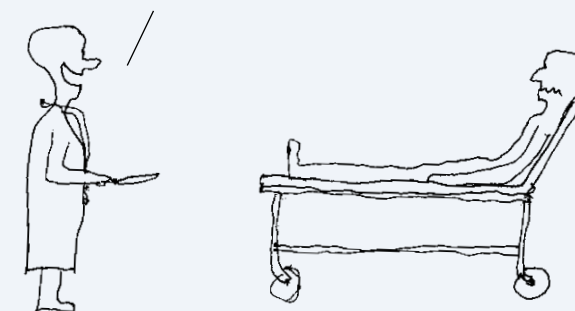


Informationen ska vara dels begriplig och överblickbar, dels adekvat. Att informationen ska vara begriplig innebär att man inte får använda svåra ord eller tekniska termer så att patienten eller försökspersonen inte har någon möjlighet att förstå vad som sägs eller skrivs. Informationen ges oftast både skriftligt och muntligt och patienten eller försökspersonen ska ges möjlighet att begrunda den och att ställa frågor om det finns något som han/hon inte förstår. Under de senaste åren har dock omfattningen av informationen ökat enligt devisen att ju mer information desto bättre etik. Detta har emellertid inte ökat överblickbarheten av den. Information som omfattar upp till tio sidor kan

få många patienter, speciellt om de är allvarligt sjuka, att avstå från att läsa den, och viktig information kan drunkna i mindre viktig. För mycket information kan sålunda medföra att försökspersonerna blir sämre informerade än om de fått mindre omfattande och mer överblickbar information.

Informationen ska dessutom vara adekvat, vilket vill säga att den ska vara relevant i relation till forskningsprojektets protokoll och i relation till Helsingforsdeklarationen, och relevant information är sådan som är avgörande för patientens beslut. Enligt Helsingforsdeklarationen ska en försöksperson ha information om syftet med forskningen, studiens uppläggning eller design, för- och nackdelar med att delta, att deltagandet är frivilligt samt att man kan dra tillbaka ett samtycke närhelst man vill. För att kunna överväga för- och nackdelar innebär det ofta att man även tvingas informera försökspersonen om diagnos och prognos med och utan behandling. Detta kan i vissa fall vara bekymmersamt om patienten inte önskar att få sådan information. Patienter kan i vissa situationer – ofta cancerpatienter – överlåta till doktorn att bestämma huruvida patienten ska delta eller inte. Eftersom man (oftast inom läkemedelsindustrin) i dag gärna vill att patienter/försökspersoner även undertecknar en

Om ni skriver under här ska ni få förmånen att pröva en helt ny behandling som ingen människa prövat förut!



Skriftligt samtycke i klinisk forskning

skriftlig förklaring där de intygar att de läst och förstått informationen, kan det skapa problem i fall där patienten faktiskt inte läst eller fått adekvat information, och där patienten har delegerat till läkaren/forskaren att fatta beslut om patientens deltagande eller inte. I princip skulle man då låta bli att rekrytera sådana patienter, men om det finns ett begränsat antal patienter att rekrytera kan det ändå vara angeläget att få med alla som i alla fall inte är emot att delta. Det kan också vara det bästa för patienten.

Försökspersonen som ger samtycke ska vara beslutskapabel, vilket innebär att om patienten har nedsatt autonomi, exempelvis är psykotisk, minderårig, medvetlös tillfälligt eller permanent, senildement, eller starkt smärtpåverkad eller omtöcknad efter smärtbehandling etc., så anses patienten eller försökspersonen inte vara beslutskapabel. Man ska däremot inte behöva kvalificera sig genom exempelvis högre utbildning för att vara beslutskapabel. Eftersom även personer med nedsatt autonomi, s.k. svaga grupper, har krav på att få sina sjukdomar studerade försöker man på olika sätt att inhämta ett samtycke på annat sätt. Man kan göra det genom att en närstående eller en ställföreträdare kan vikariera ett samtycke eller avslag. Man kan också presumera ett samtycke, antingen genom att fråga om patientens allmänna inställning eller genom att inhämta ett samtycke i efterhand. Rättvisprincipen betonar dock att man inte får använda svaga grupper för forskning av bekvämlighetsskäl. Om forskningen lika gärna skulle kunna genomföras på andra grupper med full autonomi, bör forskningen genomföras på sistnämnda grupper och inte på de svaga.

Ett samtycke ska vidare ges frivilligt och får alltså inte ske under påverkan genom hot om sämre behandling om patienten inte ställer upp eller genom att locka med bättre behandling eller annan oskäligen belöning. Det är i detta sammanhang viktigt att eventuell ersättning inte gör det svårt för försökspersonen att säga nej. Etikprövningsnämnderna har speciellt fokus på informerat samtycke, val av försökspersoner samt forskningens kvalitet. Se även *Zelens princip*.

LITTERATUR: Lynöe et al. 2005, Rossel 1987.

Insulinkomabehandling var tidigare ett sätt att behandla psykiatriska tillstånd och en föregångare till ECT-behandling. Ger man insulin till en frisk person med normal blodsockernivå sänks blodsockret och därmed tillförseln till hjärnan vilket leder till att patienten blir komatös. Ursprungligen var det läkaren Manfred Sakel som 1927 i samband med att han behandlade en patient, som var morfinmissbrukare och som samtidigt hade diabetes råkade ge patienten en för hög dos av insulin. Hon föll i lätt koma, men efteråt var hon kurerad från sitt missbruk. Sakel prövade insulinöverdoseringen på andra patienter med samma problem och ansåg sig ha upptäckt en ny behandling mot missbruk. Eftersom insulinkomat kunde hävas genom att ge sockerlösning kunde man på detta sätt kontrollera behandlingen. Sakel fick senare ansvar för en avdelning med patienter som led av schizofreni och prövade också insulinbehandling med efterföljande koma med god effekt. Han bedömde att 70 % hade uppnått full remission (se *indikationsglidning*). Behandlingen var dock inte utan biverkningar och speciellt tiden från insulindoseringen tills patienten gick i koma kunde vara förknippat med mycket lidande och olust. Man sökte därför efter andra medel med vilka man kunde uppnå samma effekt och Cardiazol var exempel på ett sådant medel men som dock utlöste krampanfall. Detta är ett exempel på att göra gott-principen bör vägas mot principen att inte skada. Se också *ECT-behandling* och *icke skada-principen*.

LITTERATUR: Porter 1997.

Integritet är ett mångtydigt begrepp, som ibland förknippas med respekt för en människas önsknings, värderingar och åsikter, oberoende av i vilken omfattning personen kan hävda eller har förmåga att framföra dessa. Integritet sätts ibland i motsats till en persons autonomi (eller åtminstone förmågan att faktiskt utnyttja denna) som är graderbar och relaterad till förmågan att göra sig hörd eller till eventuell maktposition i samhället. Integritetsaspekter och autonomiaspekter är dock relaterade på så sätt att det är svårt att i utövandet av sin autonomi inte

ta hänsyn till integritetsaspekter, eftersom en person inte kan utöva sin autonomi med mindre än att hennes integritet respekteras. Integritetsaspekter går dessutom utöver respekten för autonomi: Det är exempelvis tveksamt om man kan underlåta att respektera en persons autonomi då denna är avliden, men man kan mycket väl ta hänsyn till en persons integritet efter döden. Integritetsaspekten kan exempelvis framföras av andra eller genom ett testamente, vårddirektiv eller liknande. Detta har speciell betydelse inom *preferensutilitarismen*.

En annan innebörd av integritet är man ofta ute efter när man talar om moralisk integritet. Då handlar det ofta om ärlighet, civillikhet eller att följa de principer man själv anser vara riktiga. I vilken utsträckning detta är ett värde är omdebatterat, speciellt då det rör sig om att följa principer man på oberoende grund kan tycka vara moraliskt tveksamma. Ett exempel på brist på integritet som ändå kan tyckas vara beundransvärd står Huckleberry Finn för när han går emot sin moraliska övertygelse att svarta människor är underlägsna vita och bör behärras, och av medmänskliga impulser hjälper den svarte slaven Jim att fly. Ett annat exempel är de provinsialläkare som tidigare hjälpte utslitna kvinnor med sterilisering under en period då detta var förbjudet av familjplaneringsskäl (se *parasitering*). Dock betraktar vi normalt det som en dygd att leva som man lär och i denna mening ha integritet.

Ytterligare en innebörd av uttrycket integritet är att vara en integrerad person som har en harmonisk och sammansatt personlighet med värderingar som är djupt förankrade, med vilka man själv identifierar sig med. Denna innebörd har stora likheter med den föregående i det att man normalt tänker sig att en sådan person är särskilt mån om att leva efter sina egna värderingar. Ibland förenas denna innebörd av integritet med den förstnämnda i tanken att denna typ av personer far särskilt illa av att behöva gå emot sina grundläggande värderingar. Se *samvete*.

Ibland talar man också om särskilda typer av integritet, som fysisk integritet och kroppslig integritet. Tanken är då vanligtvis att vissa

aspekter av oss (främst vår kropp och person) är särskilt skyddsvärda och kräver särskilt hänsynstagande från andra med hänvisning till vad man får göra mot andra utan deras samtycke. När vi talar om integritetskränkning handlar det ofta om kroppslig integritet, dvs. när någon har kommit för nära det som uppfattas som en privat sfär och närmandet är oönskat.

LITTERATUR: Hermerén 1986, Hansson 2006, Laurie 2002.

Integritetsprincipen säger att man bör visa respekt för en persons rätt att få sina önsknings, värderingar och åsikter tillgodosedda, speciellt på områden där vi värderar vår integritet högt, som vår kropp och vår person. Detta innebär dock inte att en person eller patient kan få alla sina önsknings, värderingar, men de bör beaktas oberoende av om personen har förmåga att framföra dessa på liknande sätt som personer som faktiskt har förmåga att framföra sina önsknings, värderingar. Inom svensk prioriteringspolicy har s.k. svaga grupper – dvs. personer med nedsatt autonomi – förtur, allt annat lika, vilket kan ses som en betoning av integritetsaspekten och ett sätt att undvika att de som kan ta för sig (och ropa högst) kommer först i kön. Integritetsprincipen kan därför i den här meningen sägas vara en autonomiprincip för dem med nedsatt förmåga att uttrycka eller genomdriva sin autonomi.

LITTERATUR: Hermerén 1986.

Intention innebär att en person har ett medvetet mål och en plan för att nå detta mål – kort sagt har en avsikt. De flesta handlingar kan anses vara avsiktliga i den mån de är uttryck för ett sätt att uppnå ett bestämt mål. Se *avsiktlig handling*.

Intressekonflikt, se *aktör* och *aktörsintressen*.

Intuition är en term som används för att beskriva hur man kan uppnå kunskap direkt, dvs. utan erfarenhet eller föregående analys. Det finns flera filosofer som argumenterar för en sådan förmåga, medan andra framhåller att intuition

ska förstås som en form av snabb insikt i eller förståelse av exempelvis ett samband. På detta sätt kan man säga att man kan använda tidigare erfarenhet eller analys som blivit tyst kunskap och som sådan bereder möjlighet för den intuitiva förmågan. Se *tyst kunskap* och *kunmande*.

Intuitionism inom etiken är den uppfattning att man oberoende av erfarenhet och logisk slutledning skulle ha tillgång till kunskap om, eller insikt i, vad som är gott och ont eller vad som är rätt och fel. Ibland används också uttryck som magkänsla för en omedelbar känsla eller insikt i vad som är rätt eller fel i en given situation. Etisk intuition kan dock inte reduceras till en fråga om enbart magkänsla. Inom *dygdetiken* har intuitionen också sin plats, dock utan att av den anledningen reduceras till känslor. Den kan också baseras på lång personlig erfarenhet som blivit *tyst kunskap*.

Invalidicid innebär att man dödar personer med olika handikapp. Polarforskaren Rolf Kjellström berättar hur detta förekommit under de extrema livsvillkoren som exempelvis inuiter levde under för hundra år sedan. Under speciellt svåra perioder då det inte fanns föda till alla eller då man skulle förflytta sig, blev både äldre personer (*senilicid*), handikappade (invalidicid) och nyfödda (*infanticid*) avlivade. Antingen avlivades man aktivt eller också lämnades man kvar att frysa ihjäl på platsen. Invalidicid har dock också förekommit i s.k. civiliserade samhällen i modern tid, exempelvis under krigsperioder med svält etc. Mer systematisk utrotning av förståndshandikappade och även andra handikappade förekom i krigstid under Hitlerperioden (1941-1945) då även kroniskt (psykiskt) sjuka avlivades. Under Hitlerregimen var det sedan erfarenheterna från avlivningen av dessa personer, som ansågs tära mer än de närde, som ledde till att man valde att systematiskt utrota judarna i förintelselägren. Man hade även diskuterat andra möjligheter som exempelvis sterilisering eller deportering av alla judar till Madagaskar.

LITTERATUR: Kjellström 1974, Proctor 1988.

In vitro-fertilisering, se *assisterad befruktning*.

Islamisk etik är baserad på Koranen och uttolkningen av denna. Koranen ger dock få konkreta levnadsregler för hur den troende bör leva. Levnadsreglar hämtas därför genom studiet av profeten Muhammed (570–632) som är den främsta muslimen genom tiderna. Vad han gjort och sagt anses sålunda ge information om goda seder. Detta är ganska likt traditionen inom judendomen. Dock finns det skillnader inom islam vad gäller både hur och vem som ska tolka texterna. Vissa tolkar skrifterna enligt bestämda metoder och betonar ordalydelsen medan andra fokuserar på generella principer. Det är den för tillfället mest framstående muslimen eller muslimska institutionen som anses ha tolkningsföreträde i de olika riktningarna. För sunnimuslimar har de lärda vid al-Azharuniversitetet i Egypten exempelvis mycket hög status. De lärde är män och kvinnan tillåts sällan att yttra sig i sådana frågor annat än då det gäller familjrelaterade aspekter. Lagen anses instiftad av Gud som är suverän. Människan kan inte stifta lagar – enbart tolka dessa. Inom den islamiska etiken och rättstraditionen kan man klassificera handlingar enligt en femgradig skala:

- 1) det som är en religiös plikt
- 2) det som är förtjänstfullt inför Gud
- 3) det som är religiöst ligkiltigt
- 4) det som är ogillat av Gud, och
- 5) det som är förbjudet.

De fyra första kategorierna av handlingar är sådana som är religiöst tillåtna. En metod att avgöra huruvida en handling faller inom den ena eller den andra kategorin är att studera analogier – detta också i likhet med judiska traditionen. I analogi med det specificerade förbudet att dricka alkohol förbjuds även användandet av droger i största allmänhet.

Det finns även inom den islamiska traditionen en diskussion om vad man ska tillmäta störst vikt: uppenbarelse eller förnuft. Även om uppenbarelserna kan vara svåra att bedöma utgår man dock alltid ifrån att Gud är konsekvent

och konsistent. Gud är sålunda inte nyckfull, tvärtom kan man alltid utgå från att det finns bakomliggande intentioner. Igen blir det då en tolkning av Guds intentioner och här kan det också uppstå konflikter om hur olika muslimer tolkar en handling.

Man kan skönja vissa *dygdetiska* drag i den islamiska etiken. Att vara en god muslim är att använda Muhammed som förebild och försöka förfina sina karaktärsegenskaper såsom generositet, älskvärdhet, mildhet, ståndaktighet, visdom, kunskap och ridderlighet. Utöver Muhammed finns det olika personer (Muhammeds släktingar) som fått representera och illustrera de olika dygderna. Som anfört blir auktoriteterna framlyfta som förebilder för hur den enskilda individen bör leva.

I medicinska sammanhang lyfts ofta fram ett citat som tillskrivs Muhammed: ”Gud har inte skapat någon sjukdom utan att samtidigt ha skapat dess botemedel.” Detta tas då till intäkt för att en god muslim bör söka efter bot för sjukdomar. Denna plikt att försöka bota sjukdomar kan dock komma i konflikt med andra plikter, exempelvis att inte äta griskött. Om exempelvis insulin har framställts från grisar så är frågan om en god muslim får använda sådan medicin. Även om användning av insulin från grisar inte innebär att man äter dem kan denna användning ses som felaktigt i linje med ovan nämnda analogiresonemang, speciellt om förbudet motiveras av att grisar är orena djur. Dock, om det inte skulle ha funnits annan be-

handlingsmöjlighet än att använda insulin från grisar så kan man tillämpa en nödlag som säger att: ”nöd gör det otillåtna tillåtet.” Historiskt har det sålunda varit möjligt att i stället för att svälta ihjäl få äta griskött. Nödfallsprincipen är dock enbart temporär och situationsbunden.

Det är kanske också av betydelse – medicinskt sett – att man anser att människan inte äger sin egen kropp, utan har den till låns från Gud, och därför enbart har en begränsad förfoganderätt över kroppen. Exempelvis är inte självmord acceptabelt och inte heller dödshjälp. Uppfattningen om vem som kroppen tillhör får betydelse för både synen på obduktion och organdonation. Även om båda delarna uppfattas som brott, kan detta dock vägas mot plikten att bota. Är behandlingsvinsten säker och mottagaren av ett organ i en nödsituation så kan organdonation och transplantation vara acceptabelt. Utöver det förhållandet att kroppen tillhör Gud och att dödshjälp därför inte är tillåten, finns även ett annat skäl till detta. Den enskildes livsöde ligger i Guds händer och om Guds plan är att pröva människans tålamod och förmåga att uthärda, exempelvis genom lidande och motgång, så innebär detta också att dödshjälp inte får användas för att fly denna prövning. Se också *judisk etik* och *kasuistisk etik*.

LITTERATUR: Svensson 2004.

IVF är förkortning av in vitro-fertilisering, se *assisterad befruktning*.

J

Jehovas vittnen är en trosriktning inom kristendomen som har speciella tolkningar och utläggningar av den kristna Bibeln. En i medicinska sammanhang viktig sådan tolkning är förbudet mot att ta emot blodtransfusion från andra människor. Detta grundar sig i tolkningarna av passager i bland annat Apostlagärningarna (15:28–29) och Leviticus (17:11–12). Enligt Jehovas vittnen innebär passagerna ett förbud mot att direkt ta emot blod genom kroppen. Därför hävdar Jehovas vittnen sin rätt att avstå från behandling som innebär eller förutsätter blodtransfusion som kan vara livräddande. Detta ställer till med problem i de fall man genomför exempelvis en njurtransplantation, som sannolikt blir mindre framgångsrik utan blodtransfusion. Att tacka nej till behandling är en sak. Det skulle vara tvångsvård att tvinga någon till blodtransfusion som inte vill ha den. Däremot är det en annan sak att begära att få ett nytt organ som riskerar att gå till spillo också för andra om ingreppet inte är framgångsrikt på grund av att patienten avlider genom blodförlust. Detta aktualiserar distinktionen mellan rätten att avstå och rätten att få eller kräva, också kallat *negativa* och *positiva rättigheter*. Barn och unga människor som inte är beslutskapabla och som har föräldrar som tillhör Jehovas vittnen blir rutinmässigt omhändertagna av de sociala myndigheterna om deras föräldrar motsätter sig blodtransfusion till barn som befinner sig i medicinsk nöd, då en sådan handling likställs med misshandel. Vuxna som mot rörelsens bestämmelser tar emot blod anses därmed lämna församlingen. De blir med andra ord uteslutna, vilket för troende ibland kan vara ett svårare alternativ än döden. Jehovas vittnen är också starkt pacifistiska och i många länder undantas de från plikten att delta i försvaret.

Jenners smittkoppsexperiment inleddes den 14 maj 1796 då provinsialläkaren, Edward Jenner (1749–1823), inympade kokoppsmateria, taget från händerna på en infekterad mjölkerska. Poängen var att människor inte blev sjuka av kokoppor, utan de fick bara ett litet lokalt utslag i form av blåsor. Jenner hade hört bland den lokala befolkningen att mjölkerskor sällan insjuknade i smittkoppor (en lekmannahypotes) och Jenner, som var helt utan forskningserfarenhet och utan anknytning till universiteten, beslöt därför att testa om man genom att inympa materia från kokoppsmittade mjölkerskor på en frisk individ skulle kunna förebygga att denna insjuknade i smittkoppor. Jenner använde för detta ändamål sin trädgårdsmästares åtta år gamla son, James Phipps. Pojken inympades sålunda först med kokoppsvar den 14 maj och han fick det följande dygnet lätt feber men tillfrisknade snabbt igen. Någon månad senare inympade Jenner sedan smittkoppor på pojken och observerade då att han inte insjuknade i smittkoppor. Resultaten kom sedan att ligga till grund för storstilade program för inympning av kokoppor, och dessa program bidrog till att förebygga insjuknandet i smittkoppor speciellt bland soldater. Napoleon var exempelvis en av de första som lät ”vaccinera” sina soldater.

Man vågar nog säga att Jenners medicinska teknologi är den enskilda insats som räddat flest liv och minskat mest lidande för människor. Inte bara kunde WHO förklara den tidigare så dödliga sjukdomen utrotad 1980, utan vaccination som en allmän metod att förebygga sjukdom har blivit ett framgångsrecept för många fler sjukdomar som exempelvis tuberkulos, difteri, polio och mässling. Samtidigt är det intressant att Jenners experiment med den åttaåriga pojken är nog så kontroversiellt. En etikprov-

ningsnämnd i dag skulle knappast ha godkänt ett sådant experiment, då det var frågan om en lekmands hypotes, en oerfaren forskare, inga föregående djurexperiment. Vidare var det ett barn som användes där man lika gärna hade kunnat använda en beslutskapabel och vuxen försöksperson. Dessutom stod trädgårdsmästern i ett beroendeförhållande till forskaren. En nämnd hade också kunnat ifrågasätta hur kvaliteten var på informationen om exempelvis risktagandet och om Jenner hade kontroll över risktagandet etc. Exemplet visar både att det har hänt någonting inom forskningsetiken och att det finns svårigheter med att bedöma dåtida handlingar med nutidens etiska referensramar, dvs. att etiska regler och principer inte är eviga och oföränderliga. Se *fallibilism*.

LITTERATUR: Lynöe 1999, Schyock 1979.

Jewish Chronic Disease Hospital Case

i Brooklyn, New York 1962–1963 är en forskningsetisk skandal som tillsammans med Henry Beechers *whistleblower*-artikel 1966 sannolikt har haft stort betydelse för det forskningsetiska uppvaknandet bland kliniska forskare i USA. Där *Nürnbergkoden* och experimenten i de nazistiska koncentrationslägen inte tycks ha haft någon större betydelse, fick The Jewish Chronic Disease Hospital Case desto starkare inflytande, sannolikt därför att det var en framgångsrik och framstående medicinsk forskare som genomfört experimentet. Det var enklare att leva sig in i dennes tankevärld än i exempelvis doktor Rashers flygmedicinska experiment. (Många amerikanska läkare reagerade på Nürnbergkoden på följande sätt: ”This was a good code for barbarians but unnecessary for ordinary physicians!”)

The Jewish Chronic Disease Hospital Case handlar i korthet om dr Chester Southam vid Sloan Kettering Institute for Cancer Research. Han var intresserad av att undersöka om patienter med nedsatt immunförsvar kunde avstöta levande cancerceller eller om de utvecklade cancersjukdomar. Southam hade tidigare studerat avstötningsbenägenheten hos ett hundratal friska människor – på fångar i

amerikanska fängelser – och där sett att ingen utvecklade cancer. Dr Southam tog därför kontakt med ledaren för The Jewish Chronic Disease Hospital, dr Mandel, och frågade om man skulle kunna tänka sig ett samarbete kring dessa frågeställningar där sjukhuset skulle leverera patienter som var kroniskt sjuka individer med nedsatt immunförsvar. Mandel, som blev förtjust över samarbetet med forskarna från det välrenommerade institutet, försökte rekrytera en yngre läkare som skulle hjälpa dr Southam. Mandel frågade två läkare som båda avböjde eftersom patienterna i flertalet fall inte var beslutskompetenta. Sedan fick han napp med en tredje läkare och försöket genomfördes sedan, genom att den aktuella doktorn injicerade en suspension av levande cancerceller på 22 patienter, varav merparten inte fått information om vad det aktuella forskningsprojektet gick ut på och inte heller givit något samtycke. När den ansvariga överläkaren för avdelningen sedan fick reda på vad som ägt rum blev han upprörd (kanske lika mycket för att man gått bakom ryggen på honom som över vad man utsatte hans patienter för) och skandalen blev efter flera mörklägningsförsök ett faktum. Både dr Southam och dr Mandel dömdes för oprofessionellt agerande och blev under ett år satta under övervakning av hälsovårdsmyndigheterna. Det tycks dock inte att ha påverkat dr Southams karriär, då han nästföljande år valdes till ordförande för sammanslutningen av amerikanska cancerforskare (se *forskningsprincipen*). The Jewish Chronic Disease Hospital Case har tillsammans med Beechers artikel från 1966 samt Tuskegee Syphilis Study sannolikt bidragit till tillkomsten och sammansättningen av de dåvarande forskningsetikkommittéerna. Se vidare *forskningsetiska skandaler*.

LITTERATUR: Katz 1973.

Journallagen reglerar hur hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att dokumentera bakgrunden till bedömningar och åtgärder i samband med vård av patienter. I en journal får det endast dokumenteras sådant som har relevans för vården av patienten med avseende på

patientens säkerhet. Värdeomdömen angående patientens personlighet får inte förekomma. Vad som dokumenteras i den medicinska journalen kan dock ibland uppfattas kontroversiellt och patienter kan i sådana fall anhålla hos Societystyrelsen om att få omdömen strukna.

Ibland kan försäkringsbolag i samband med teckning av försäkringar begära utdrag av journaler vilket dock patienten måste godkänna. Ingen som inte har med vården av den aktuella patienten att göra får läsa eller ha tillgång till journalen och detta betonas speciellt inom psykiatri. En patient har numera rätt att själv få ta del av sin journal. Det finns läkare som varit motståndare till att patienten själv skulle få ta del av sin journal eftersom man trott att man på detta sätt skulle skapa oro hos patienterna. Det visar sig dock att dessa farhågor var obefogade – men ibland kan det ändå vara viktigt att den patientansvariga kan svara på frågor som kan uppstå i samband med att patienten läser sin journal.

Journalen omfattas av sekretessbestämmelserna inom sjukvården. I samband med att journalerna har blivit elektroniskt baserade har det uppstått en rad frågor om exempelvis möjligheten att patienten själv kan bära med sig ett kort eller USB-minne som på så sätt kan underlätta behandling och minska det medicinska risktagandet vid akuta ingrepp. Man har i dag möjlighet att under förutsättning av att patienten medger detta, få upplysningar om patienter för att underlätta behandlingen av en patient från ett annat landsting. Ordningen är helt ny och man måste utvärdera riskerna för sekretessbrott och andra icke förutsedda effekter av den mer lättillgängliga journalhanteringen på elektronisk väg. Det finns dock en rad praktiska problem eftersom olika landsting har olika journalföringsprogram – ett kommande Babels torn-problem med avseende på den potentiella språkförbistringen?

Judebaciller är ett exempel på en värdeladdad metafor som användes i syfte att påverka andra människors inställning till judar negativt, ett så kallat emotivt ord med förolämpande (pejo-

rativ) kraft. Bacillbegreppet användes i Hitler-tyskland på detta metaforiska sätt, och det var då underförstått att baciller är något negativt som hotar hälsan och som därför måste bekämpas. Om man till bacillbegreppet lägger ordet jude är det underförstått att även dessa judebaciller måste bekämpas på samma sätt som baciller. Det är lite oklart om det var judarna själva som var ”bacillerna” eller om det fanns baciller som speciellt judar bar på. Med tanke på att man faktiskt utrotade judar är det sannolikt att ordet judebacill ska uppfattas som att det är den enskilda juden som är en bacill och därför måste bekämpas/dödas. Vidare talade man under Hitlerregimen också om homosexbaciller, kommunist- och kapitalistbaciller.

Bland annat genom att använda denna typ av pejorativa benämning kunde man motivera och legitimera utrotningssläger etc. Egentligen är referensen till infektionssjukdom konstig eftersom man i Hitlertyskland var mest upptagna av ärftlighet och ville hindra judar från att skaffa barn genom sterilisering eller genom att öka antalet aborter. Men man kanske inte var så noggrann med användningen av sjukdoms-metaforerna om man bara lyckades motivera sina åtgärder. Se även *metafor*.

LITTERATUR: Proctor 1988.

Judisk etik baseras på judendomen och det speciella religiöst betingade förhållningssätt som denna föreskriver det judiska folket att leva efter. Judendomen räknas vanligen som en del av den judisk-kristna religiösa traditionen, men utmärker sig historiskt genom att vara speciellt förknippad med Israels folk och dess speciella livsvillkor i en värld där omvärlden ständigt hotade dess existens. Historiskt sett kan det ha rört sig om en folkgrupp kring en halv miljon människor. Mot denna bakgrund kan man förstå att det varit angeläget att se till att folktalen ökade och inte minskade. Detta kan vara den yttre omständigheten till att både onani, abort och självmord var förbjudna. Det religiösa skälet till att man inte får ta någon annans eller sitt eget liv är att man då utplånar något som tillhör Gud.

För judendomen är det Gamla testamentet (GT), med Moseböckerna, som är det centrala och de fungerar som religiösa lagar, men eftersom GT innehåller många referenser till tidstypiska fenomen och villkor är det svårt att direkt tillämpa GT:s texter på dagens livsvillkor. Det blir därför (liksom inom *islam*) viktigt med tolkning av texterna, och de personer som kan detta kallas lärda (rabbiner), och den för tillfället mest ansedda lärda uppfattas som auktoritet och den som har tolkningsföreträde fram för andra. Liksom inom islam använder man sig av analogier som hjälp vid tolkningen av texterna. När det exempelvis i GT förkommer tal om bruket av eld under sabbaten så har man tolkat detta i moderna termer av elektricitet. Lite beroende av om man tillhör den ortodoxa eller reformerta judendomen tolkar man texterna mer eller mindre bokstavigt. Detta kan leda till olika tolkningar av huruvida man bör hjälpa en sjuk människa i nöd eller hur man ser på exempelvis dödsbegreppet.

Generellt sett utgörs grunden i den judiska etiken av uppfattningen att människan är skapad till Guds avbild och att människan ska försöka efterlikna Gud. Även om det finns ortodoxa judar som anser att man inte bör gripa in i Guds plan och bota sjuka, så uppfattas dock människan också som Guds medhjälpare i kampen mot sjukdom. Sålunda har budordet ”du ska älska din nästa som dig själv” (3. Mosebok kapitel 19 vers 18) tolkats som en plikt att bota sin nästa om denna är sjuk. Det anses till och med så viktigt att rädda liv att man även får bryta mot sabbatsföreskrifterna för detta ändamål. Då använder man sig av analogin att man får rädda en man som begravts under resterna av ett nedfallet hus, även om det händer under sabbaten. Eftersom forskning är en förutsättning för att kunna bota sjuka människor ser judendomen också positivt på medicinsk vetenskap. Även förbättrandet av mänskliga egenskaper (*enhancement*) tycks vara acceptabelt eftersom människan har en plikt att tillsammans med Gud förbättra hans skapelser. En lantbrukare som odlar gröda förbättrar också Guds skapelse. Om Gud ville att vi inte skulle

hjälpa honom att förbättra hans skapelser så skulle han ju i stället för att låta det växa vete på marken, som människan sedan skördar och förädlar till bröd som vi kan äta, ha ordnat det så att naturen skapat brödet direkt.

När en människa dör ska hon enligt den judiska traditionen begravas så fort som möjligt, men man kan även göra undantag i fall man genom organdonation kan rädda livet på en annan människa. Inom den s.k. konservativa judiska traditionen, dvs. de som inte valde att följa den reformerta rörelsen på 1800-talet, men som inte är ortodoxa, är det exempelvis inte upp till den enskilda individen att själv avgöra om han/hon vill donera sina organ efter döden, utan det är helt enkelt något man ska göra. Om en patient är döende och lider så är det inte heller patienten själv som avgör om behandlingen ska avbrytas eller inte; det är den närvarande rabbinen som tillsammans med läkaren avgör detta.

Det finns ett inslag i den judiska traditionen som kan förstås i termer av de kantianska begreppen fullkomliga/*perfekta* och ofullkomliga/*imperfekta plikter*. Om man exempelvis tolkar det s.k. kärleksbudet ”du ska älska din nästa som dig själv” finns det ett minimikrav som man måste uppfylla (perfekta plikter) och maximikrav som man ska vilja men inte alltid måste uppfylla. Det kan vara svårt att leva upp till maximikravet att älska sin nästa, men man ska åtminstone som minimikrav uppföra sig allmänt hyggligt mot nästan, något som man både kan och bör göra.

Det finns tre huvudströmningar inom judendomen, den ortodoxa (ultraortodoxa finns också, men är en liten grupp), den konservativa och den reformerta. De reformerta judarna var de som fanns i Europa under 1800-talet och som försökte anpassa sig till europeisk kultur och världsliga förhållanden. Det är den grupperingen som är mest individualiserad och minst bunden till den texttroga framställningen. Men redan på 1100-talet fanns det röster för att man skulle tolka GT allegoriskt. Se också *kasuistisk etik* och *Maimonides*.

LITTERATUR: Hedner 2004.

Judisk-kristna etiken, se *judisk etik* och *kristen etik*.

Juridik, se medicinsk rätt.

Jämlikhet innebär i sin enklaste betydelse att individerna i en grupp har lika mycket av något. Det finns ett antal ideal som menar att jämlikhet är eftersträvansvärt. Dessa ideal skiljer sig dock åt på ett antal punkter: vad som ska fördelas jämnt, vilken slags jämlikhet som bör råda och varför den är eftersträvansvärd. Enligt den enklaste idén har jämlikhet *egenvärde*, vilket innebär att det faktum att en fördelning är ojämlig, gör den dålig i sig och ju mer ojämlig den är, desto sämre. Till vardags tänker man ofta att fördelningar är mer eller mindre jämlika med avseende på vissa **resurser**, som pengar eller storlek på tårtbitar. De som menar att jämlikhet är ett egenvärde menar dock inte att det är jämlikhet med avseende på resurser som är önskvärd, eftersom det skulle få löjväckande konsekvenser: ska alla ha lika mycket resurser för vård, exempelvis varsin förpackning med insulin eller antibiotika, oavsett behov? Nej, i stället menar man att man ska fördela resurser så att jämlikhet uppnås med avseende på **välfärd**, dvs. det som har egenvärde för en person. Det kan innebära att vissa behöver mer resurser än andra för att närma sig deras nivå av välfärd, t.ex. de som är sjuka och handikappade. Det som ska uppnås i slutändan är alltså en viss fördelning av välfärd, och man gör det genom att fördela de medel (resurser) som bidrar till denna fördelning. Det innebär att fullständig jämlikhet ofta inte kan uppnås och då blir det i stället aktuellt att satsa på mindre ojämlighet.

Men här uppkommer vissa problem: Vad gör en fördelning mindre jämlik eller mer ojämlig än en annan? Tänk en situation där vi kan uppnå två fördelningsmönster mellan fem individer (måttenheter kan man välja fritt efter vad man tror har *egenvärde*). I det ena ser fördelningen av värden ut som följer: 3, 6, 6, 6, 9; och i den andra: 4, 5, 6, 7, 8. Vilken fördelning är mest jämlik? Det är inte helt lätt att svara på. I den ena fördelningen är spännvidden

(skillnaden mellan den bäst och sämst ställda) större och i den andra är spridningen mellan individerna större. Ett jämlikhetsideal som säger att jämlikhet har egenvärde måste därför säga vilken typ av jämlikhet som spelar mest roll och varför eller hur man ska väga dem mot varandra om båda typerna av jämlikhet spelar roll.

Ett annat problem för dem som hävdar att jämlikhet har egenvärde är att om detta stämmer, så är det bra att försämla för dem som har det bättre ställt, även om ingen av dem som har det sämre ställt får det bättre. Vi kan exempelvis uppnå jämlikhet i seende genom att göra alla blinda. Detta kallas nivåsenkningsargumentet. Ett vanligt svar på det argumentet är att jämlikhet inte är det enda som har värde. Givetvis har individuell välfärd också värde, ett värde som måste vägas mot jämlikhetens värde och som ofta väger tyngre. Många har dock svårt att se att det skulle innebära en förbättring i något avseende att göra det sämre för några utan att förbättra för någon annan, även om det innebär mer jämlikhet. Därför har det utformats andra jämlikhetsideal än sådana som går ut på att jämlikhet har egenvärde.

En sådan idé är *Rawls*, som går ut på att de sämst ställda bör ha det så bra som möjligt. Denna idé är dock väldigt krävande, eftersom de sämst ställda med avseende på hälsa har det väldigt dåligt och stora resurser kan krävas för att de ska få det bara marginellt bättre, kanske bara för en väldigt kort tid. Detta fördelningsideal kan leda till att de sämst ställda slukar alla resurser innan vi ens börjat ge till dem som har det lite bättre, men fortfarande väldigt dåligt. Dessutom är det oklart hur den sämst ställda gruppen ska identifieras.

En svagare variant av Rawls idé är att det åtminstone är fel att störa någon i fördärvet, ge upphov till svåra plågor eller död, i syfte att göra att sådana som redan har det bra får det ännu lite bättre, även om de som får det bättre är så många att det blir *konsekvensetiskt* motiverat. Även om det låter orimligt att förneka får även detta jämlikhetsideal radikala konsekvenser. Det innebär bland annat att vi inte får lägga några resurser på att förbättra livskvaliteten för

folk som har det hyfsat så länge vi kan göra något för att rädda individer som har det dåligt ställt. Det står eventuellt i strid med *forskningsprincipen* som ser det som en plikt att forska för att göra människors liv bättre även om detta innebär en liten risk för att någon råkar riktigt illa ut i ett försök. Biltrafiken blir förmodligen också oförsvarlig. I biltrafiken störtas ett antal individer varje år ned i fördärvet (dödas och lemlästas) för att flertalet som redan har det bra ska få det lite bekvämare och enklare vad gäller personlig transport.

En ytterligare försvagad variant av jämlikhetstanken går ut på att vi har starkare skäl att hjälpa någon ju sämre ställt de har det, och svagare skäl ju bättre ställt de redan har det. Detta kallas för prioritarism och skiljer sig från traditionell *utilitarism* genom att se det som viktigare att förhindra lidande (icke skada) än att gynna välbefinnande (göra gott), alltså en idé om det ondas vikt.

En annan klassisk jämlikhetsidé, som har starkt fäste inom *liberalismen*, är att möjligheter ska vara jämlika, snarare än tillstånd. Inom politiken förstås ofta denna tanke som att en fördelaktig fördelning av vissa nyttigheter som alla behöver för att kunna leva ett gott liv (exempelvis ekonomiska resurser och status) ska vara knutna till gynnade positioner som det ska råda en rättvis tävling till. Det finns olika idéer om vad som gör tävlingen rättvis. Den svagaste menar att det räcker med frånvaro av legala hinder att nå vilken position som helst, vilket utesluter att exempelvis viktiga samhällspositioner går direkt i arv. Detta är den nyliberala positionen. De med mer socialliberal läggning brukar mena att detta inte är tillräckligt för lika möjligheter, utan att vi måste utjämna för sociala och kanske till och med för naturliga förutsättningar, exempelvis med hjälp av offentligt finansierad skolgång och vård. I sjukvårdssammanhang har denna idé försvarats av den amerikanske efterföljaren till Rawls, Norman *Daniels*, som menar att sjukvården ska garantera jämlika möjligheter att leva ett för individen normalt liv. Ett normalt liv är ett hälsosamt liv – eller åtminstone ett så hälsosamt liv

som är möjligt för individen – och hälsa definieras i sin tur i termer av normal artfunktion.

Som synes finns en uppsjö idéer om vad som är en önskvärd jämlikhet, och här nämns bara några av relevans för den medicinska etiken. Ett jämlikhetsideal verkar dock i stort sett alla vara överens om: att lika fall ska behandlas lika. Detta kallas ibland för den formella rättvisepincipen och likställs ibland med idén om alla människors lika värde. Det man träter om är vad som gör fall lika. Den formella rättvisepincipen ger åtminstone en vägledning: För att det ska vara berättigat att behandla två fall olika, så måste det finnas en moraliskt relevant skillnad mellan dem. Det diskvalificerar åtminstone vissa uppfattningar om vad som skulle innebära en önskvärd jämlikhet, nämligen sådana som tar hänsyn till kön, etnicitet och andra faktorer som uppenbarligen inte i sig kan göra någon skillnad för hur man bör behandlas eller vad man bör få del av. Se också *prioriteringar*.

LITTERATUR: Daniels 1990, Juth et al. 2003, Parfit 1997, Rawls 1972, Temkin 1993, Tännsjö 1998(1), Walzer 1983.

Jäv innebär att en persons omdöme inte kan sägas vara opåverkat av de intressen som personen har i ett visst sammanhang. En person är uppenbart jävig om han eller hon sitter i en läkemedelskommitté och ska besluta om man ska välja ett dyrt läkemedel från ett företag där han eller hon har aktier. Jävssituationer kan uppstå i samband med bedömning av ansökningar där man är bekant med eller jobbar tillsammans med en av de sökande och på så sätt riskerar att antingen bedöma vederbörande mer positivt eller mer negativt.

När kliniska undersökningar är sponsrade av industrin presenteras resultatet alltid mer entydigt positivt, dvs. utan metodologiska förbehåll och med mindre transparens, jämfört med om det exempelvis är en oberoende instans som genomför eller kontrollräknar på samma studier. Detta är en indikation på att vi påverkas av relationer och bindningar.

Olika myndigheter och institutioner samt tidskrifter (exempelvis *Läkartidningen*) har

upprättat jävsregler för att undvika problem med jäv. Vid minsta tvivel om att det finns risk för jäv, bör den aktuella personen undvika att delta i beslut eller helt enkelt avstå från att sitta med vid bedömningar etc. SBU, Socialstyrelsen och Karolinska Institutet är exempel

på organisationer som har utarbetat jävsregler, och ofta är det individen själv som i tveksamma fall avgör om han eller hon upplever sig jävig. Exempel på jävsproblematik är det s.k. *Wakefieldfallet*.

LITTERATUR: Friedman et al. 2004.

K

Kant, Immanuel (1724–1804) uppfattas vanligen som fadern till den moderna systematiskt genomtänkta formen av pliktetik, mer precist benämnd *regeldeontologi*. Upplysningsfilosofen Kant strävade efter rationalitet, och tog utgångspunkt i problematiken att det fanns flera olika och motstridande etiska teorier, formulerade av *Hobbes*, *Rousseau* och *Hume*. Kants ambition var att utveckla en konsistent och rationell universell teori. Enligt Kant har de tidigare utgångspunkterna för utvecklingen av en moralfilosofi varit människans önskningar, (naturgivna) benägenheter och behov. För Kant är dessa storheter tillfälliga kvaliteter som kan variera från människa till människa och därmed också ge upphov till motstridiga handlingsuppsättningar. Om en handling moraliska kvalitet ska bero på önskningar och behov kommer det som en människa tycker är rätt och fel att vara något helt annat än för en annan människa som har andra preferenser. Kants ambition var sålunda att utveckla en moralfilosofi som baserades på förnuft och som var oberoende av önskningar, behov och benägenheter. Han strävade efter en moralens autonomi.

Kant skiljer mellan 1) en handling riktighet och 2) handlingens värde eller värdighet och därmed den handlandes moraliska beundransvärdighet. Handlingars riktighet avgörs av om de är i enlighet med moralen eller det *kategoriska imperativet*: Handla endast i enlighet med den maxim som du samtidigt skulle kunna upphöja till allmän lag, också kallad universalitets- eller universaliserbarhetsprincipen. Frågan gäller alltså om det är möjligt att handla på det sättet man gör i en värld där den maxim, som är en avsikt formulerad som den handlingsprincip man handlar efter, är allmän lag. Skulle det vara möjligt att ljuga i en värld

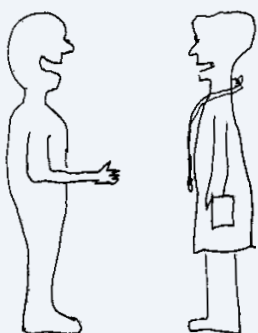
där det är allmän lag att ljuga, dvs. där ingen kan öppna munnen utan att försöka bedra sin nästa? Nej, ingen skulle då tro på något någon annan sa och för att kunna ljuga förutsätts att vi generellt litat på vad andra säger. Att upphöja lögnen till en allmän lag skulle alltså leda till en absurd situation som ingen förnuftig människa skulle vilja ha. Liknande resonemang kan föras om exempelvis mord eller bankrån. En allmän lag att döda skulle leda till att det inte skulle finnas några människor kvar som kan döda eller bli dödade. Vidare skulle få banker bildas om de regelmässigt rånades. Som synes är därmed Kants kategoriska imperativ en sofistikerad variant av frågan eller tankeexperimentet ”Tänk om alla gjorde så?”. Att vara omoralisk är alltså enligt Kant att göra undantag för sig själv vad man inte skulle tillåta andra.

Eftersom människan enligt Kant är fri och en förnuftsvarelse anser han att följande kategoriska imperativ är identiskt med det förra: ”Handla alltid så att du behandlar människor (inklusive dig själv) som ett mål i sig och aldrig enbart som ett medel.” Detta innebär inte att vi i vissa situationer kan använda oss av människor och oss själva som medel eller instrument, men vi får inte reducera andra eller oss själva till **enbart** medel eller instrument.

Utöver kategoriska imperativ som enligt Kant är de egentligen etiska, talar han också om hypotetiska imperativ. Det rör sig om imperativ som antingen relaterar till en persons tekniska skicklighet (skicklighetsregler) eller en persons klokskap. De hypotetiska imperativen är sålunda beroende av personens skicklighet, önskningar och behov under det att de kategoriska imperativen inte är beroende av dessa kvaliteter. Ett hypotetiskt imperativ kan exempelvis ha följande form: Om du vill uppnå

- Tack doktorn för att ni tog er tid att lyssna på och visade respekt för mina värderingar. Det har ingen gjort förut.

- Inget att tacka för. Egentligen är jag helt ointresserad av dina problem. Jag gjorde bara min plikt.



Kantiansk plikt

det eller det (bli en bra läkare) så gör si eller så (utbilda dig och genomgå bland annat kurser i medicinsk etik). Med Kant får vi en betoning av människans autonomi och en förutsättning för detta är att människan också är fri, trots att friheten har sina gränser i relation till andra förnuftsvarer. Vi bör alltså visa respekt och aktning för en annan människas rätt att utöva sin autonomi, men inte gränslöst.

För Kant ligger en handlings moraliska värde inte i dess faktiska konsekvenser, utan i avsikten med handlingen eller i de överväganden som ligger till grund för handlingen. Om jag hjälper en annan människa därför att jag har en benägenhet att göra så eller själv mår bra av detta (eller skulle må dåligt om jag inte gjorde det), så är detta inte något som gör handlingen beundransvärd, enligt Kant. Det som gör handlingen beundransvärd är att jag kommit fram till, genom ett rationellt övervägande, att det är min plikt att hjälpa medmänniskan och mot bakgrund av dessa överväganden vill hjälpa, dvs. det är viljan att exempelvis hjälpa som är det centrala. Detta kan omedelbart förefalla kontraintuitivt ifall vi till en patient säger att anledningen till att jag

lyssnade, brydde mig och hjälpte honom/henne inte var att jag tyckte att hans/hennes problem var intressanta eller att jag kände mig engagerad och visade empati, utan anledningen var att jag genom ett rationellt övervägande hade kommit fram till att det var min plikt att göra det. Om man skulle säga så till en patient kan patienten förstås känna sig lite konstigt bemött eller till och med kränkt. Men poängen är att man som människa och läkare måste försöka disciplinera sin subjektivitet och inte låta ett eventuellt engagemang eller brist på detsamma avgöra om man hjälper en patient eller inte. Vi måste också hjälpa patienter som vi inte direkt känner sympati för eller vars problem förefaller medicinskt ointressanta.

Detta har exempelvis illustrerats genom israeliska läkares erfarenheter då de vid ett tillfälle skulle ta hand om en palestinsk självmordsbombare som hade överlevt en attack och kom in på akuten tillsammans med ett tiotal andra svårt skadade människor. Den omedelbara reaktionen skulle ha kunnat vara att helt strunta i patienten som ställt till med hela misären och enbart behandla de andra patienterna. Men en kantiansk reflexion skulle ändra detta, och ifall självmordsbombaren är den patient som är i störst behov av medicinsk behandling så bör han också först få hjälp. Ett mer svenskt vardagsexempel är bemötandet och behandlingen av patienter som inte sköter sin behandling eller vars tillstånd uppfattas som självförvållade, eller patienter som läkaren eller sjuksköterskan har svårt att förstå och leva sig in i, patienter som upplevs besvärliga och krävande. Är vi lika benägna att bry oss om det är en patient med alkoholproblem som uteblir från antabusbehandling, jämfört med en skötsam patient som uteblir från sina kontroller med antikoagulantia?

En berättelse om Mark Twain (1835–1910) och George Washington (1732–1799) kan illustrera vad som enligt Kant kvalificerar en handling moraliskt. George Washington sägs alltid ha talat sanning därför att han helt enkelt inte kunde ljuga. Mot bakgrund av detta ansåg Mark Twain att han i jämförelse med Washington var

en bättre människa. Mark Twain medgav att han faktiskt hade förmågan att ljuga, men att han ändå aldrig gjorde det.

För Kant är viljan (den goda viljan) helt central. Det som avgör att en människa handlar gott är relaterat till den goda viljan. En människa som både har en god hälsa, är rik, vacker och har makt blir inte automatiskt god. Det som avgör om en sådan människa är god eller inte avgörs av människans vilja att göra det goda, vilket förutsätter att man också har förmågan att kunna göra det man vill eller, med andra ord, att göra det man bör göra – sin plikt – just därför att man inser att det är vad man bör göra.

På samma sätt som *utilitarismen* och andra former av *konsekvensetik* (teleologi) har ett tillämpningsproblem, har även den kantianska pliktetiken sina tillämpningsproblem. Kants ambition var i och för sig primärt att lösa problemet med att formulera en förnuftig grund för all etik och kanske inte direkt att blanda sig i den tillämpade etiken, men för att se betydelsen av hans insats försökte han även själv att ge vägledning i hur man skulle kunna tillämpa hans teorier, som i lögnexemplet ovan. Men de något abstrakta kategoriska imperativen kan vara svåra att tillämpa i konkreta situationer. Även om man skulle använda sig av den retoriska frågan och det ofta underförstådda *reductio ad absurdum-argumentet*: ”Vad skulle hända om alla handlade så”, kan det bli problematiskt inom sjukvården (se *dubbelmoral* och *parasitera på förtroendet*). Ibland kan det nämligen te sig välmotiverat att handla på ett sätt som man definitivt inte skulle vilja se upphöjt till allmän lag, t.ex. genom att skriva ett falskt intyg som säger att en ung flicka är oskuld, om detta skyddar henne från hedersrelaterat våld. Inom sjukvården är det förstås ett villkor att man är verksam utifrån den goda viljan, då vi antas vara i det godas tjänst, och att man visar respekt för en patients autonomi. Men då man också kräver effektivitet och säkerhet är det svårt att bortse från en handlings faktiska konsekvenser. Kant hade också en distinktion mellan *perfekta (fullkomliga)* och *imperfekta plikter*. Se också *Kants moraliska imperativ* och *deontologisk etik*.

LITTERATUR: Brännmark 2002, Kant 1997, Kant 2004, Johansson et al. 2008, Nell 1975, Tersman 2004.

Kants moraliska imperativ eller kategoriska imperativ är fem till antalet. Kant tänkte sig att dessa fem formuleringar egentligen uttrycker en och samma tanke, dvs. att innehållet i imperativen i grunden är identiska. Inte många i dag delar Kants uppfattning på denna punkt. Imperativen är följande: 1) Handla endast i enlighet med den maxim som du samtidigt skulle vilja upphöja till allmän lag – refereras till som universalitetsprincipen. 2) Handla inte enligt någon annan princip än den du själv skulle lyda som universell lag – refereras till som autonomiprincipen och innebär att jag själv är med om att fatta beslut. 3) Handla som om principen för din handling genom din egen vilja blir en del av den universella lagen – refereras till som koherensprincipen som populärt ställer frågan: Vad skulle hända om alla gjorde så? 4) Handla så att du behandlar både dig själv och andra människor aldrig endast som ett medel utan också som ett mål i sig – refererat till som *människovärdesprincipen* som på detta sätt lägger ut ansvaret för handlingar på den enskilda. 5) Handla så att du genom dina maximer alltid är en lagstiftande medlem av ett möjligt ändamåls rike – ibland kallad principen om förenlighet, dvs. förenligheten med andra människors stiftande av maximer och lagar, och ibland kallad principen om ändamåls rike.

LITTERATUR: Brännmark 2002, Foot 1972, Nell 1975, Kant 1997.

Kasuistisk etik innebär att man utgår från en analys av ett fall med dess speciella förutsättningar (kulturella och sociala villkor) och jämför detta fall med andra, liknande (analog) fall om vilka vi är överens. Ett medicinskt fall har sina speciella förutsättningar. Eftersom patientens sjukdom och dess förlopp är mer eller mindre unika, så måste behandlingen anpassas till både diagnos och prognos samt patientens speciella önskemål och preferenser. I klinisk praxis är sålunda falldiskussionen oftast ut-

gångspunkt för överväganden om hur man bör handla i en given situation.

Kasuistikens renässans kring 1970-talet kan ses mot bakgrund av situationsetiken som växte fram efter andra världskriget. Kasuistiken återupptäcktes då efter att under flera århundraden varit åsidosatt av de mer universalistiskt orienterade etiska systemen (exempelvis Bentham, Kant och Mill). Den fallbaserade diskussionen av etik inom medicinen har vissa likheter med den metodik man använt inom juridiken sedan länge. Metodologiskt gör man en noggrann beskrivning av det aktuella fallet med alla dess speciella villkor och sammanhang. Man jämför fall och undersöker i vilka avseenden det finns relevanta likheter eller skillnader. Ett tillvägagångssätt kan också vara att man utvecklar ett typfall där man kommit fram till vad som gäller i detta, exempelvis hur man bör hantera en patient med livshotande tillstånd som tillhör Jehovas vittnen och som riskerar att avlida om han/hon inte opereras akut (exempelvis vid mjältruatur eller leverskador) och där en operation förutsätter blodtransfusion. Ett sådant fall kan fungera som typfall för hur man kan resonera i likartade fall. Man identifierar likheter och skillnader och använder sig då av analogiresonemang, konsistens och identifiering av varians. Inom kasuistiken utgår man sålunda från det enskilda fallet och helt beroende av det individuella fallet bedömer man relevansen av principer, maximer, normer etc. Kanske till och med den etiska reflexionen kring ett enskilt fall kan bidra till att utveckla en etisk kreativ lösning som varken principer, regler eller maximer skulle kunna åstadkomma. Kasuistik är alltså inte bara en tillämpning av en etisk teori eller princip. Tvärtom kan ett och samma fall basera reflexionen på flera olika etiska teorier och olika principer. Kasuistiken har också haft och har betydelse inom *islam* och inom *judendomen* där man ofta hänvisar till *analogier*.

När man identifierar likheter och skillnader och säger att vissa är relevanta för att göra en viss bedömning, men inte andra, utgår man dock oundvikligen från mer generella överväganden. Ta exemplet med Jehovas vittnen

och anta att vi är överens om att ett Jehovas vittne bör få tacka nej till blodtransfusion vid operation, även om det leder till att patienten i vissa fall kommer att avlida. Anta vidare att vi i analogi med detta fall frågar sig om en psykiskt sjuk som på grund av sin sjukdom inte inser att hon behöver en blodtransfusion också bör få tacka nej till blodtransfusion. Anta sedan att någon av oss säger att det finns en relevant skillnad mellan dessa fall, nämligen att den psykiskt sjuka på grund av sin sjukdom inte är *beslutskapabel* och därmed inte själv bör få bestämma om huruvida hon ska genomgå blodtransfusion eller inte. Då hänvisar man till ett mer generellt övervägande eller en princip, som fastslår att beslutskapacitet är relevant för huruvida man ska få tacka nej till vård eller inte. Principer är alltså nödvändiga för att kunna jämföra fall med varandra, eftersom de avgör i vilka avseenden och på vilka sätt fallen är jämförbara. Man kan visserligen säga att principen om beslutskapacitet inte gäller undantagslöst, utan bara i vissa fall. Man måste då förklara varför det var tillämpligt i detta fall, men inte i de andra. En sådan förklaring innebär att man anger ytterligare en princip. Därför är kasuistiken beroende av principer, precis som principer är beroende av fall för att vi ska kunna prova deras rimlighet. Denna växelverkan mellan det partikulära fallet och mer generella principer, som i praktiken finns i all tillämpad etisk diskussion, utvecklas i idén om etik som strävan efter ett *reflektivt ekvilibrium*. Se Rawls och *principbaserad etik*.

LITTERATUR: Jonsen et al. 1988.

Kategoriskt imperativ, se Kant och Kants moraliska imperativ.

Katolsk etik är traditionellt påverkad av framför allt kyrkofadern Thomas av Aquino (1225–1274) som förenade kristendom med aristoteliskt tänkande. I de fall då människans förnuft inte räcker till anser Thomas att det finns råd att hämta från Bibelns tio budord som är absoluta bud med karaktär av naturlag (se *naturrätt*). Samma auktoritet anses påven, Guds representant på jorden, också ha, och i fall då människan

behöver vägledning kommer påven att skicka ut rundskrivelser (encyklikor) som ibland har karaktären av att vara ofelbara och ha högsta auktoritet. Det var genom dessa skrivelser som exempelvis påven Paulus den VI 1968 argumenterade på samma sätt som Thomas av Aquino. Påven sa då att äktenskapet mellan man och kvinna är del av en naturlig ordning och att syftet är att skaffa avkomma. Det är därför inte tillåtet att genom preventivmedel hindra detta naturliga mål från att uppnås och par hänvisas i stället till kvinnans naturliga "säkra" perioder. Det är i samma skrivelse, *Humanae Vitae*, som påven hänvisar till *doktrinen om dubbla effekter* då man står inför ett dilemma där en och samma handling kan få två effekter, en god och en dålig. Katolska kyrkan har många synpunkter på framför allt människans reproduktiva hälsa. Katolsk etik utmärker sig sålunda också i synen på abort och det befruktade ägget, som man anser har moralisk status på grund av dess potentialitet att bli ett barn. Dödshjälp är liksom inom *islamisk etik* och *judisk etik* förbjudet. Här gäller *livets helgd* oavsett vilket värde livet har. Se *abortetik*, *kristen etik* och *protestantisk etik*.

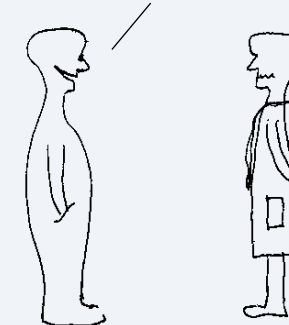
LITTERATUR: Andersen 1993.

Kausalitet, se orsaker och orsaksbegrepp.

KBT, se kognitiv beteendeterapi.

Kejsarsnitt är ett ingrepp som genomförs på gravida kvinnor som inte kan eller vill föda på vanlig väg, s.k. naturlig förlossning. Man öppnar livmodern kirurgiskt via bukhålan och förlöser barnet denna väg. Medicinska indikationer för kejsarsnitt är om modern har för trångt bäcken och om fostret ligger i tvärläge, om livmoderkakan ligger illa till (framför förlossningskanalen), men även om den gravida kvinnan lider av en icke behandlingsbar förlossningskräck eller har varit med om en tidigare traumatisk förlossning. Man räknar med att det finns denna typ av indikationer i cirka fem till åtta procent av alla förlossningar. Under de senaste åren har dock antalet kejsarsnitt ökat, och det är oklart om det beror på att

Jag skulle vilja beställa tid för min frus kejsarsnitt den 16 november kl. 10:30. Då hinner jag med ett sammanträde både före och efter.



Kejsarsnitt på begäran

förlossningsläkare och barnmorskor har blivit mer försiktiga och hellre gör ett kejsarsnitt för mycket än ett för lite, eller om det beror på att kvinnan själv i högre grad önskat att bli förlöst med kejsarsnitt, med andra ord att man i högre grad respekterar kvinnans eller parets önskemål. Kvinnans motiv kan vara olust, stor rädsla inför förlossningen eller skräckfyllda tidigare erfarenheter. Hon kan också ha även ambitionen att förebygga eventuella komplikationer (bristningar) i underlivet med eventuella negativa följder för sexuallivet. Se också *positiva rättigheter*.

Kierkegaard, Søren (1813–1855) var en dansk filosof vars moralfilosofiska tänkande kan tolkas i dygdetiska termer. Man kan se en dygdetisk stadielära där Kierkegaard tar sin utgångspunkt i det han benämmer spetsborgaren (kalkborgaren) som saknar ett inre liv och lidelse. Spetsborgaren flyter ovanpå, kan uppfattas som en sorts sömngångare som inte lider eller brinner för något. Denne är utan ångest och utan tungsinne och kan enligt Kierkegaard knappast definieras som en människa med existens. Spetsborgaren lever lyckligt ovetande om sin existens, identitet och är utan personlighet, följer bara med strömmen utan något speciellt

engagemang. Denna typ av människa ska ses i motsats till esteten och etikern och slutligen den religiösa. Mellan esteten och etikern finns enligt Kierkegaard ironikern, och mellan etikern och den religiösa finns humoristen. Både esteten och etikern har existens, vilket enligt Kierkegaard innebär att man blir synlig både för sig själv och för andra. Man blir verklig genom att man förhåller sig till sig själv (reflekterar) som en speciell identitet – på gott och ont. Esteten är sålunda medveten om sig själv, men är missnöjd med sig själv, kanske på grund av sitt utseende, dåliga vanor, blyghet, intellektuella tillkortakommanden etc. Esteten försöker sålunda att fly verkligheten så att han/hon slipper konfronteras med sig själv. Ett sätt att fly är att hela tiden hålla igång, ha korta tillfälliga kontakter, eller genom att drömma för att på detta sätt hålla någon form av spänning i livet. Esteten kan utveckla narcissistiska böjelser och självbedrägeri. Esteten njuter av det sinnliga livet och håller därmed distans till sig själv, vilket dock kan leda till antingen tungsinne (depression) eller ett ironiskt förhållningssätt. Ironin kan bli ett skydd mot verkligheten, ett sätt att distansera sig, ett medel att överrösta och fördriva det smärtsamma eller det som Kierkegaard benämner den etiska lidelsen. Ironikern kan dock också tolkas positivt som ett första famlande steg mot etikern, en som söker men ständigt sätter krokben för sig själv, som hoppas att skrattet ska göra honom själv glad och ansvarig för sitt liv. Medan esteten är rastlös och aldrig glad, är etikern både ansvarstagande, nöjd och lidelsefull i relation till sitt liv. Etikern är en hel och livsbejakande människa som har en tydlig och robust identitet. Etikern utvecklar varaktiga förbindelser som baserar sig på förtrolighet, inlevelse och omsorg – andra honnörsord är ärlighet och redlighet.

I sina senare arbeten har Kierkegaard utvecklat en mer fördragsam hållning till ironikern och menar att han/hon inte enbart är en som gör narr av allvarliga frågor och försöker dränka sin förtvivlan och tomhetskänsla i ytliga och sinnliga tidsfördriv. Enligt Kierkegaard är ironikern också äkta engagerad om än det är ett

sårbart engagemang som finns bakom de ofta raljanta kvickheterna där ironikern säger motsatsen till det han/hon menar. Med andra ord finns det bakom ironin en etisk lidelse som representerar ett övergångsstadium till etikern.

Mellan etikern och den religiösa stadiet finner vi humoristen. Humoristen är inte helt lycklig och humorn har till syfte att kompensera humoristens existentiella brist och längtan efter det obegripligt religiösa. Humorn används sålunda som en sorts försonande skenmanöver för att hantera den existentiella smärtan. Det innebär att humoristen blir försonlig och gladlynt även om allvaret hela tiden är närvarande. Humoristen fattar det djupsinniga – det stora djupet – men har än så länge inte vågat ta språnget ut i det okända och irrationella. Skämtet fungerar sålunda som ett försvar, men där ironikern är självhävdande och distansierande är humoristen blyg och kontaktsökande. Enligt Kierkegaard-kännaren, Peter Thielst, kan man sammanfatta ironin som negativ, vass, kärlekslös och förnekande av smärtan. Humorn däremot är positiv, förlåtande, kärleksfull och beredd att bejaka smärtan. Det är därför skratt och gråt hänger samman med humor, och skrattet och lättsinnet hänger samman med ironin. Humoristen gör sig lustig över sin egen svaghet medan ironikern är rolig på andras bekostnad.

Medan Kierkegaard har argumenterat rationellt och filosofiskt för de föregående stadierna, blir hans argumentation för den religiösa och ideala stadiet teologiskt- och filosofiskt irrationellt och obegripligt, vilket kanske speglar en djup insikt i den religiösa individens karaktär. Kierkegaards tänkande har haft stor betydelse för utvecklingen av existensfilosofin där individens personliga ansvar betonas. Kierkegaard skrev sina huvudverk under en mycket kort tid: Om begreppet ironi (1841), Enten-Eller (1843), Frygt og Bæven (1843), Gjentagelsen (1843), Filosofiska Smuler (1844), Begreppet Angst (1844), Stadier på Livets Vei (1845), Avslutande uvidenskaplig Efterskrift (1846) och Sygdomen til Døden (1849). Se också *dygdetik* och *Aristoteles*.

LITTERATUR: Garff 2000, Thielst 1994.

Kimär, se *chimär*.

Kinesisk filosofi är beteckningen för en idétradition som har präglat kinesiskt tänkande under en period av nästan 3000 år. Trots att det inte funnits, såvitt man vet i dag, ett tankeutbyte mellan Kina och Europa förrän i modern tid (första kontakten tros ha varit Marco Polos resa och besök i Kina 1271–1292), så finns det en rad parallella företeelser mellan kinesisk och europeisk filosofi. Därför är det egentligen problematiskt att tala om kinesisk filosofi som en enhetlig tradition. En mångfald av uppfattningar och idéer har funnits där, precis som i den s.k. västerländska filosofin. Exempelvis är kinesisk skepticism mer lik västerländsk skepticism och kinesisk rationalism mer lik västerländsk rationalism än kinesisk skepticism och rationalism är lika varandra. Att tala om österländsk eller västerländsk filosofi i allmänhet är därför missledande. I det följande ska ändå en del aspekter av den kinesiska filosofin presenteras, i synnerhet de som berör levnadssätt, och därmed etik, och som varit utbredda och i vissa avseenden skiljt sig från huvudfåran av västerländsk filosofi. I en del kinesisk filosofi har man gjort en tydlig uppdelning mellan det man kallar Yin och Yang som uppfattas som världens två motpoler. Yang står för solsken/ljus och Yin står för mörker eller frånvaron av ljus. Dessa begrepp har sedan även kopplats till manligt/kvinnligt, starkt/svagt, hårt/mjukt, aktivt/passivt, värme/kyla, torr/fuktigt etc. I antikens Grekland hade man en liknande polarisering mellan olika begrepp: det begränsade/obegränsade, enhet/mångfald, höger/vänster, manligt/kvinnligt, vila/rörelse, ljus/mörker, gott/ont, sant/falskt, rakt/krokigt, förnuft/förnimmelse. I motsats till den kinesiska filosofin där dessa motsattpar uppfattades som komplementära och som beroende av varandra och sålunda nödvändiga (det ena kan inte tänkas utan det andra) uppfattade både pythagoréerna och senare filosofer det första ledet som positivt och det sista ledet som negativt, något som man skulle och borde undvika. Det fanns också en parallell mellan både Sokrates, Platon och Aristoteles och de

grundläggande frågorna som även kineserna ställde: Hur ska människorna handla gentemot varandra för att alla ska kunna bli lyckliga? Hur ska individen gå till väga för att kunna åtnjuta den högsta och sannaste lyckan i sitt liv? Hur ska krigen kunna undvikas? Är människan god eller ond till sin natur?

Vill man förenkla en del, så kan man urskilja två huvudinriktningar inom den kinesiska filosofin som berör livsåskådning; en optimistisk och konstruktiv (samhällsorienterad) version som man hittar inom *konfucianismen* och en skeptisk och individualistisk version som man hittar i den s.k. taoistiska eller *daoistiska* filosofin. Generellt kan man säga att syftet med en stor del av den kinesiska filosofin har varit att filosofen ska uppnå insikt och utvecklas personligt och på så sätt lyckats skapa harmoni mellan å ena sidan sina tankar och å andra sidan sina önskningar, sitt tal och sina handlingar. För att nå till sådan insikt behövs inte nödvändigtvis träning i logisk argumentation, utan det kan räcka med bilder/liknelser och användandet av aforismer. Anledningen till att kineserna i stor utsträckning använder sig av metaforer av olika slag snarare än träning i etisk analys och resonemang, kan vara det skriftliga språket som baseras på tecken som står för en sorts begreppsbilder och därmed lämnar ett stort tolkningsutrymme för läsaren. En tankeväckande aforism och poetiska beskrivningar skulle underlätta för lärjungen att få insikt och därmed ändra sitt liv, så att han/hon skulle bli en sammanhållen person i samklang med tillvarons villkor. Medlen till att uppnå målet – att utvecklas från en tillfällig biologisk varelse till en helgjuten personlighet – var alltså underordnade. Se vidare *daoism* och *konfucianismen*.

LITTERATUR: Favrholdt 1997.

Kirunafallet handlade om en läkare som avbröt livsuppehållande behandling i form av närings- tillförsel till en medvetlös patient, som befann sig i ett persisterande vegetativt stadium efter en omfattande stroke och där ingen kurativ behandling längre var möjlig. Fallet aktualiserades indirekt i samband med att en närstående hade

klagat över den ansvariga överläkarens förfrågan rörande ett liknande fall år 1961. Överläkaren hade då hört sig för med en dotter hur hon såg på den framtida behandlingen av modern (patient A) i det han framhöll att fortsatt vätsketillförsel inte skulle kunna påverka utfallet. De närstående önskade dock att fortsätta behandlingen och så skedde också. Kvinnan dog sedan i en febersjukdom. I efterhand klagade emellertid en son över att överläkaren hade tillfrågat de närstående om deras inställning. Ärendet gick till dåvarande Medicinalstyrelsen som inhämtade synpunkter från den berörda överläkaren. Denna hänvisade då till ett tidigare fall där en patient (B) också hade inkommit med en stor hjärnblödning och där enda behandlingen var näringstillförsel via dropp. Eftersom de närstående hade sett hur patienten hade försämrats dag för dag och att ingen behandling stod till buds, tillfrågades överläkaren om man skulle kunna avsluta behandlingen eftersom den inte längre var till gagn för patienten. Överläkaren hade då efter moget övervägande gått med på detta. Och det var erfarenheten från detta fall (B) som gjort att han agerat som han gjort i det senare fallet (A).

Medicinalstyrelsens disciplinnämnd bedömde att det inte fanns något att invända mot överläkarens handläggning av fallet A, men de ansåg däremot att han genom samtal med närstående rörande frågan om eventuellt utsättande av näringsdroppet, gjort sig skyldig till åsidosättande av tjänsteplikten på grund av oförstånd. Man bedömde också att han i fallet B genom utsättandet av droppet inte handlade i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och att läkarinstruktionen och tjänsteplikten åsidosatts. Ärendet överlämnades till landsfogden som begärde ett yttrande från Riksåklagaren som i sin tur inhämtade ett yttrande från Medicinalstyrelsens rättsmedicinska nämnd samt från Läkarnas ansvarighetsnämnd (fanns då under Läkareförbundet). Båda instanser kom fram till att trots att det principiellt är felaktigt att avbryta livsuppehållande behandling kan det likväl i vissa fall anses vara motiverat och detta då sådan behandling

kan anses meningslös, trots att den är livsuppehållande. Det väcktes åtal mot överläkaren vid Jukkasjärvi och Karesuando tingslags häradsrätt för tjänstefel, men åtalet ogillades. Domstolen ansåg att det inte kan anses strida mot vetenskap och beprövad erfarenhet att avbryta livsuppehållande behandling i de fall det är fråga om en ”döende” patient. Eftersom ärendet inte överklagades blev domen prejudicerande för hur man sedan dess har handlat i sådana situationer, och Kirunafallet har sålunda blivit känt som det fall varigenom en läkare eller sjukvården har fått möjlighet att avstå från att inleda och möjlighet att avbryta behandling som inte gagnar patienten. Fallet kan sålunda också sägas ha blivit ett paradigmfall för diskussion om och reflexion över likartade fall. Se *kasuistisk etik*.

Frågan om man kan aktualisera en diskussion med närstående angående fortsatt livsuppehållande behandling på en obotligt svårt sjuk patient behandlades inte uttryckligt. Men man gjorde bedömningen att läkaren inte hade för avsikt att lämna över ansvaret för beslut till de närstående. Indirekt kan man också fråga sig om Medicinalstyrelsen och Riksåklagaren ansåg att man skulle avstå från att informera och samråda med patientens närstående. Om detta var det indirekta budskapet kan man sålunda konstatera att det har skett en hel del sedan 1961 beträffande information och samråd både med patient och närstående. I en liknande situation i dag skulle det vara självklart att man både håller de närstående informerade och när man ser åt vilket håll det barkar aktualiseras en diskussion om den fortsatta behandlingen eller avbrytande av densamma. Se även att *avbryta behandling* och att *avstå från att inleda en behandling* samt *meningslös behandling*.

LITTERATUR: Ottosson 2005.

Klassifikation av sjukdomar, se *sjukdomsbegrepp*.

Klinisk pragmatism kan ses som en modell för kliniskt-etiskt beslutsfattande där utgångspunkten är en blandning av de fyra principer-

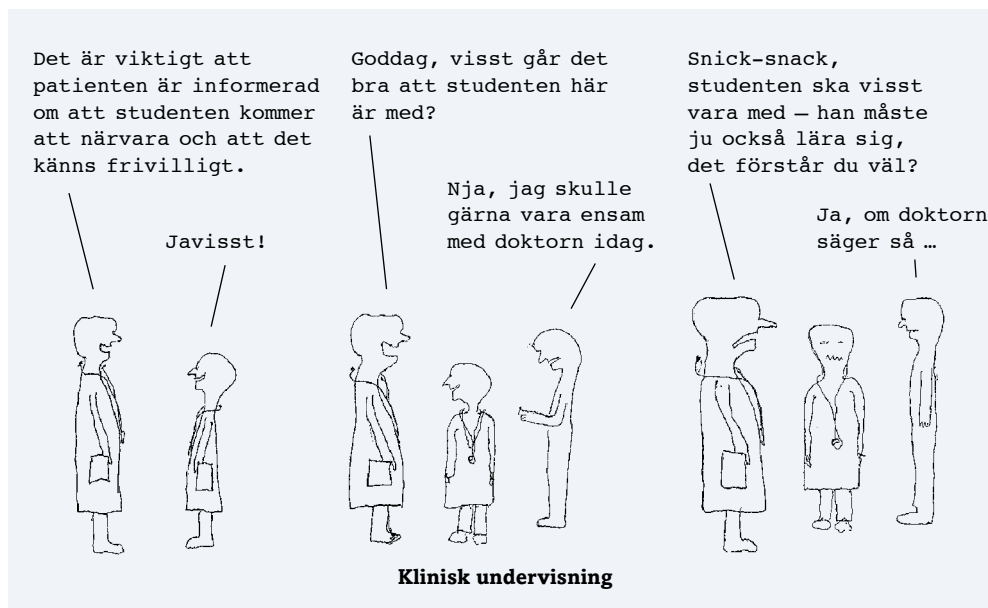
na: göra gott, icke skada, autonomi och rättvisa. Dessa principer är att betrakta som *prima facie*-principer och skall förenas med *kasuistik*. Andra referensramar kan också bli aktuella, men där är det i så fall frågan om tumregelsutilitarism eller tumregelspliktetik där det centrala är att sträva efter konsensus. Klinisk pragmatism kan sålunda ses som en sorts hybridetik som är tillämpbar i kliniska situationer och anpassad till den kliniska vardagen. Det finns olika forum för denna typ av modell, i exempelvis sjukhusens etikråd/-kommitté eller i lokala vårdkonferenser där representanter från flera berörda kliniker diskuterar sig fram till en lösning av ett gemensamt patientrelaterat problem. Det kan exempelvis röra sig om huruvida man ska fortsätta eller avsluta livsuppehållande behandling som börjar uppfattas som medicinskt meningslös. Man tar då reda på 1) relevanta medicinska och icke-medicinska fakta angående prognos med och utan fortsatt behandling, samt vilka förväntningar och intressen som patienten och de närstående har. Sedan fokuserar man på de aktuella etiska principer eller värden som måste beaktas. Härefter måste man 2) beakta vilka konsekvenser som olika handlingsalternativ kan leda till. Man försöker sätta upp ett mål för den fortsatta vården och söker så 3) att förhandla fram en gemensam lösning på problemet som ofta måste göras stegvist. För det fjärde, 4), gäller det att identifiera en förklaring och motivation för det beslut man kommit fram till och att detta också är acceptabelt för närstående och övriga berörda. Sist 5) genomför man en evaluering av om man efter verkställandet av handlingsplanen fortfarande är nöjd med beslutet och motiveringarna. Om alla är nöjda kan man med John Rawls ord säga att det då finns ett *reflektivt ekvilibrium*. Om inte måste vi vara beredda att justera våra handlingar och våra resonemang. Se också *analys*.

LITTERATUR: Fesmire 2003, SMER 2008, Tersman 1993.

Klinisk träning av läkarstuderande, sjuksköterskelever, barnmorskor, sjukgymnaster, talpedagoger etc. under utbildning och vida-

reutbildning förutsätter att det finns patienter som ställer upp i sådana utbildningsmoment. Det kan vara speciellt känsligt för en patient om en läkarstuderande eller en läkare under utbildning ska göra sitt första ingrepp, exempelvis en lumbalpunktion eller en intubering av en patient. Vanligen finns då alltid en mer erfaren läkare i närheten. Men det finns vissa problem med att ge sådana patienter adekvat information om man samtidigt vill undvika att göra patienterna oroliga eller skrämja bort dem. Se vidare *klinisk undervisning*.

Klinisk undervisning och etiska aspekter på denna har en rad likhetspunkter med den kliniska forskningens. Det gäller exempelvis vid rekryteringen av patienter för den kliniska undervisningen, där informerat samtycke vanligen är en förutsättning. Vanligtvis är det inget eller få problem i samband med patientmedverkan i klinisk undervisning. Patienter som har bråttom kan ibland av sådana skäl vilja avstå från att medverka. Patienter ställer gärna upp och låter studenter lyssna till hjärtljud etc. och anser ofta att det är en fördel att få medverka i kandidatundervisningen. Kandidaterna upplevs som trevliga, har god tid och läkaren kanske skärper sig extra. Men inom vissa kliniska specialiteter är det dock inte helt okontroversiellt, det gäller exempelvis gynekologi, urologi och dermatologi/venerologi. Här kan det därför vara speciellt angeläget att undervisande läkare och läkarkandidat är noggranna med att informera om vad medverkan innebär och att de undviker att kränka patienterna. Varken patienter eller läkarkandidater känner sig bekväma med att patienten inte vet vad som pågår, och även om lärarens ambition är att ge god undervisning kan värdet av undervisningsmomentet avta beroende på hur patienten och kandidaten upplever situationen. Att flera läkarkandidater tränar gynekologisk undersökningsteknik på en sövd kvinna är olämpligt om kvinnan inte är informerad i förväg och har givit sitt samtycke. Även om det tekniskt sett är ett bra sätt att lära sig undersöka en sövd patient, så kan kandidaten känna så stort obehag inför situa-



tionen att det enda som vederbörande kommer ihåg senare är känslan av olust. Läraren som accepterar att man genomför undersökningar på detta sätt och utan att patienten är informerad fungerar inte heller som en god förebild i etiskt avseende.

Det som då förmedlas till kandidaten är att patienter är utmärkta instrument för undervisningsändamål utan egna önskemål och uppfattningar att ta hänsyn till. Reduceras patienterna till enbart medel eller instrument står det i strid med åtminstone den kantianska etiken, som dock tillåter att man använder en annan människa eller sig själv som medel för exempelvis undervisning av läkarstuderande. Men det blir fel om patienten enbart används som medel.

På samma sätt som man kan argumentera för att patienter har en moralisk plikt att delta i klinisk forskning kan man också argumentera för att patienter har en moralisk plikt att medverka i klinisk undervisning av läarkandidater. Om patienten är beredd att ta emot den hittills bästa behandlingen av erfarna läkare, så bör de också vara uppmärksamma på att förutsättningen för att det finns en god behandling nu och att det finns erfarna läkare för att ge den, baseras på att försökspersoner och patienter ti-

digare ställt upp. En patient som är beredd att ta emot en behandling eller få vård som baseras på tidigare gemensamma ansträngningar och uppoffringar, men inte själv är beredd att bidra till det gemensamma, kan klassificeras som en *free-rider* (se också *fair play*). Att patienter eventuellt kan ha sådana plikter innebär dock inte att det är berättigat att tvinga dem att leva upp till plikterna ifråga. Vidare kan omständigheterna göra att det i vissa fall är orimligt att hävda att patienten har en sådan plikt, exempelvis om patienten på grund av tidigare erfarenhet upplever det som traumatiskt att palperas av någon de inte litar fullt ut på. Att inhämta informerat samtycke för klinisk undervisning måste bland annat därför vara grundregeln. Ytterligare en moralfilosofiskt intressant fråga i anslutning till detta är om *fair play*-principer verkligen är tillräckliga för att grundlägga individuella patienters plikter att ställa upp på den kliniska undervisningen. Om tillräckligt många andra gör det, så spelar det ingen roll för den framtida professionens skicklighet om just jag låter bli, kan man som enskild patient hävda. Vidare, om tillräckligt många *inte* ställer upp, så spelar det ingen roll ifall jag gör det. Det är ändå för få som stäl-

ler upp för att kandidaterna ska få den träning de behöver. Den enda situationen där det klart finns en plikt enligt detta resonemang är just när den enskilda patientens deltagande gör en skillnad för om tillräckligt många i framtiden ska utveckla de aktuella färdigheterna, vilket torde vara i väldigt få fall, eftersom en enskild patients deltagande inte kan göra så stor skillnad för den framtida professionens skicklighet. Frågan om patienternas förpliktelse att ställa upp utgör alltså en utmärkt illustration på en *fångarnas dilemma*-situation och ger upphov till frågan om man har en plikt att handla efter den regel som alla borde handla efter eller om man ska få ta hänsyn till den faktiska situationen i sitt beslutsfattande. Se *handlingsutilitarism* respektive *regelutilitarism*.

Det har visat sig att det är relativt få personer som säger nej till att delta i klinisk undervisning av läarkandidater. Men de få som faktiskt säger nej har för det mesta haft tidigare erfarenheter av att ha blivit kränkta i samband med att de deltagit i sådan undervisning. De har inte informerats och har upplevt att de används som enbart ett medel i en undervisningssituation, vilket ytterligare stärker tesen om vikten av informerat samtycke i dessa sammanhang.

LITTERATUR: Westberg 2005.

Kloning förekommer i naturlig form bland enäggstvillingar, dvs. att de utvecklas från ett och samma befruktade ägg. Dessa är nästan genetiskt identiska, men kan variera fenotypiskt beroende av i vilket stadium av celldelningen kloningen sker och även av miljömässiga faktorer i livmodern eller senare i livet. Även s.k. *epigenetiska* faktorer i kromosomens mikromiljö antas ha betydelse. Sker det i ett tidigt stadium, dvs. i blastocyststadiet och innan det fäst i livmoder-väggen, utvecklas vanligen två oberoende livmoderkakor och fosterhinnor. Om delningen (kloningen) sker efter blastocyststadiet (dvs. mer än 64 celler) delas vanligen livmoderkakan och fosterhinnan.

Vid kloning försöker man artificiellt att härma situationen vid enäggstvillingar. Vid artificiell kloning företar man en kärnöver-

föring av en cell från en individ till en äggcell från vilken kärnan avlägsnats. Med hjälp av olika stimuleringar programmeras den överförda cellkärnan om till att agera som om den var en nyligen befruktad äggcells arvs massa. I det numera kända fallet med lammet Dolly togs den somatiska kärnan från mammans juver och Dolly var sålunda genetiskt identisk med sin mamma. Man skulle kunna tro att man på detta sätt hittat ungdomens källa, men det visade sig att Dolly åldrades snabbt, och hon fick en rad åldersrelaterade sjukdomar. Dolly dog i förtid jämfört med den vanliga livslängden för får. Detta anses numera kunna förklaras inom ramarna för den s.k. *epigenetiken*. Det är också felaktigt att hävda att man är samma individ som en genetiskt identisk individ, annars skulle enäggstvillingar vara samma individ, vilket är uppenbart felaktigt, vilket gör att individens ungdom inte bevaras även om kloning skulle kunna göras än mer framgångsrikt än i fallet Dolly. Se *assisterad reproduktion*.

Även om det än så länge förefaller svårt att motivera att man ska bedriva lantbruk och husdjursavel på detta sätt (och än mindre skapa människor) är kloning för terapeutiska ändamål ett intressant utvecklingsområde. Det kan dock inte uteslutas att kloning för utveckling av försöksdjur, exempelvis råttor, kan bli aktuellt. Här har man sedan länge inavlat dessa djur för att minska den biologiska variationen. Med kloning skulle man kunna minska variationen ännu mer. Man talar också om kloning i samband med att man kopierar ett DNA-fragment så att det förmeras många gånger med hjälp av den s.k. *PCR-tekniken*.

Terapeutiskt skulle man kunna odla cellinjer och studera utvecklingen av cancer, och mot bakgrund av en kartläggning av mekanismerna är det tänkbart att man sedan kan utveckla nya behandlingar eller förebygga uppkomsten av cancersjukdomar. Användningen av mänskliga ägg (och embryon) för kloning är emellertid kontroversiell och många länder har förbjudits denna typ av forskning, exempelvis Tyskland. I England och Sverige är det dock tillåtet att göra somatisk kärnöverföring och att låta dessa

cellinjer växa i två veckor. Se även *chimärer, epigenetik* och *stamceller*.

LITTERATUR: Harris 1998.

Kognitivism är en *metaetisk* teori som innefattar tre påståenden: 1) Moraliska utsagor har sanningsvärde, dvs. de är sanna eller falska, 2) vissa moraliska utsagor är sanna, samt 3) det går att ha mer eller mindre välgrundade uppfattningar om vilka moraliska utsagor som är sanna. Exempelvis skulle kognitivismen hävda att följande utsaga: "Man bör alltid efter bästa förmåga och tillgång av resurser som läkare hjälpa en patient som söker hjälp" antingen är sann eller falsk. Kognitivismen kan också hävda att den mycket väl kan vara sann samt att det går att göra det troligt att den är sann genom att undersöka saken på ett lämpligt sätt, exempelvis genom att påståendet ingår i ett *reflektivt ekvilibrium*. Genom 1) skiljer sig kognitivismen från non-kognitivism som i en extrem form anser att moraliska utsagor kan jämföras med känsloutbrott som "usch" (se *emotivism*). Att säga att något är uschligt är inte att tillskriva det en egenskap, utan att ge uttryck för sin egen inställning till detta och moraliska omdömen är därmed varken sanna eller falska, även om det givetvis innebär att det är sant att man tycker att det är uschligt, åtminstone om man är uppriktig när man säger det. Emotivisten skulle alltså tolka ovanstående exempelutsaga som liktydigt med "Hurra för att som läkare efter bästa förmåga och tillgång av resurser hjälpa en patient som söker hjälp!" Även om kognitivismen går med på att man ofta har en positiv inställning till det man bedömer att man borde göra, så menar han att detta inte uttömmar innebörden av det sagda. Dessutom påstår utsagan att läkare faktiskt bör göra något.

Genom 2) skiljer sig kognitivismen från s.k. "error theory"-analyser om vårt moraliska språk. Enligt "error theory", som först presenterades av den brittiske moralfilosofen Mackie, gör vi anspråk på att uttala oss om en oberoende moralisk verklighet när vi yttrar moraliska utsagor, men en sådan finns inte. Därmed är alla moraliska utsagor falska. Jämför med hur ateis-

ten ser på religiösa utsagor: När religiösa människor säger att Gud hör bön eller att han vill att vi vilar på helgdagen, gör de anspråk på eller förutsätter att Gud faktiskt finns. Men det gör han inte, enligt ateisten. Därför är dessa utsagor falska. På samma sätt är det med moraliska utsagor, enligt Mackie. Kognitivismen förnekar Mackies syn på moraliska utsagor och menar därmed att det finns en moralisk verklighet som våra moraliska utsagor handlar om. Med andra ord är kognitivismen realist med avseende på moral, dvs. anser att det finns moraliska fakta eller egenskaper. Hur ska detta förstås? På samma sätt som vad gäller realism i övrigt: dvs. på samma sätt som utsagan "Katten ligger på mattan" och "Rökning orsakar cancer" är sanna när det verkligen är så att katten ligger på mattan och rökning orsakar cancer, så är utsagan "Man bör alltid efter bästa förmåga och tillgång av resurser som läkare hjälpa en patient som söker hjälp" sann om det verkligen är så att man bör göra detta, annars är den falsk. Sedan kan det förstås vara mer eller mindre svårt att ta reda på vad som verkligen är sant eller falskt inom moral, precis som vad gäller verkligheten i övrigt. Det råder dock olika uppfattningar inom kognitivismen om vilken slags sanningar moraliska sanningar är. Enligt *naturalismen* är moraliska utsagor påståenden om den naturliga verkligheten. Enligt *non-naturalismen* är det påståenden om en särskild sorts moralisk verklighet som inte är lik den övriga empiriskt tillgängliga naturliga verkligheten.

Kognitivismen hävdar vidare att det går att ha kunskap i moralfrågor, dvs. att man kan ha välgrundade uppfattningar om moraliska utsagors sanning. Hur denna kunskap kan uppnås råder det delade meningar om. Förenklat finns det två huvudinriktningar: fundamentism och koherentism. Enligt fundamentismen grundar sig etisk kunskap på säkra fundament som man sedan kan härleda övriga moraliska uppfattningar från genom *deduktion*. Inom fundamentismen finns i sin tur två inriktningar: rationalism och empirism. Enligt rationalismen existerar det fundamentala moraliska åsikter eller principer vilkas riktighet vi kan inse med bara förnuftet.

Om detta stämmer, så kommer dessa åsikter att delas av alla rationella varelser, åtminstone de som tänkt efter tillräckligt. Ett exempel på fundamentism är den brittiske moralfilosofen Sidgwick (1838–1900) princip att det är irrationellt att föredra ett mindre gott nu, framför ett större gott senare och ett mindre gott för mig framför ett större gott för dig, allt annat lika. Ett annat exempel på en fundamentist är *Kant*, som menade att det *kategoriska imperativet* är en förnuftssanning som alla som inser vad den går ut på också inser är självvident. Problemet med fundamentismen är att alla förslag på ett säkert fundament har kritiserats. Man kan svara på denna kritik genom att hävda att kritikerna inte insett vad fundamentet går ut på eller att de inte är rationella. Risken är då att man råkar ut för ett *cirkelbevis*, genom att klassa dem som inte inser samma självvidenta sanningar som man själv som irrationella just på grund av detta. Då är det kanske rimligare att tro att det finns sanna och välgrundade uppfattningar i moraliska frågor som dock inte är så säkra att de är självvidenta.

Empirisk fundamentism stöter på likartade problem, då den måste hävda att vissa observationer är ofelbara, men inte andra, eftersom vi ofta har motsatta spontana moraliska omdömen om samma situation vi observerar.

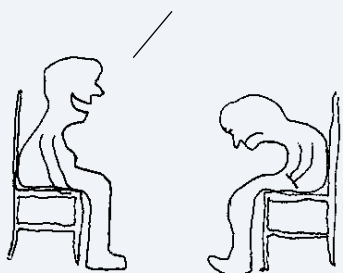
Koherentismen däremot menar att alla värdeomdömen är principiellt reviderbara, men att det är rationellt att hålla fast vid de åsikter man har om de hänger ihop med ens övriga åsikter, även om man inte har tillgång till något definitivt "bevis" för dem. Det utgör då ett skäl att förkasta en åsikt om den inte hänger ihop med resten av ens åsikter. En given värdering eller norm är alltså berättigad eller välgrundad om den ingår i en koherent åsiktsmängd och bidrar till koherensen i denna åsiktsmängd. Poängen med moralisk diskussion är enligt koherentismen att uppnå en sådan sammanhängande helhet av moraliska och andra uppfattningar. Som synes är Rawls idé om moralisk kunskap som ett *reflektivt ekvilibrium* ett sätt att göra reda för koherentismens grundtanke. Koherentismen rimmar också väl med *fallibilismen* på två sätt:

dels eftersom den hävdar att inga uppfattningar i grunden är ofelbara, och det kan vara rimligt att revidera dem i ljuset av nya insikter, dels genom att vara en form av kognitivism, bara om det går att ha rätt (dvs. tro på något sant) är det meningsfullt att hålla sig öppen för möjligheten att man kan ha fel. Ett klassiskt problem för all form av koherentism är att det verkar möjligt med två lika koherenta men oförenliga åsiktsmängder. Vem har då rätt?

LITTERATUR: Bergström 1997, Mackie 1977, Miller 2003.

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är en form av psykoterapi där man fokuserar på och utnyttjar tankens makt över känslan och invanda handlingsmönster, för att på detta sätt få möjlighet att ändra sitt beteende. KBT är som beteckningen säger en kombination av kognitiv terapi och beteendeterapi och det finns en rad olika skolbildningar inom KBT. Generellt kan man säga att vid KBT fokuserar man på förändring av ett för patienten störande/icke önskvärt beteende som kan vara orsakat av ångest, depression, fobier etc. Karakteristiskt för KBT är att man inte fördjupar sig i eventuella orsaker till patientens symtom. Detta i motsättning till exempelvis psykoanalys, där man anser att eventuella trauman i barndomen kan vara orsaken till neurotiska symtom och där man utgår ifrån att man måste tillbaka och få kontakt med orsaken för att kunna bli botad. Detta är inte alls nödvändigt i KBT, utan man kan tvärtom ibland uppfatta det som kontraproduktivt att älta gamla trauman. Med KBT blickar man framåt och terapeuten fokuserar på konkreta och ofta handfasta riktlinjer för hur patienten ska kunna strukturera dagen eller hur man ska kunna tänka annorlunda för att kringgå fobier eller vid depression att sluta förebrå sig själv. Man fokuserar alltså på patientens egna (ofta felaktiga) föreställningar om den egna självbilden, patientens känslor, kognitiva förmågor och värderingar. Man kan exempelvis skilja mellan automatiskt tänkande och intentionellt tänkande. Det automatiska tänkandet är karakteriserat av att vara snabbt och flyktigt, oftast

Se positivt på det Egon. När man har alzheimer kan man själv gömma sitt påskägg.



Att tänka positivt

känslomässigt engagerande och svårt att ändra. Detta i motsats till det intentionella tänkandet som är viljestyrt, medvetet, långsamt, distansserande och lättare att ändra. Ambitionen för terapeuten är att hjälpa patienten att göra det automatiska tänkandet medvetet, verklighetsförankra det och därmed att hitta alternativa sätt att se på sig själv och sitt beteende. Även om det i dag finns datoriserade program som patienten själv kan använda anses kognitiv beteendeterapi grunda sig på ett samarbete mellan patienten och terapeuten. I och med att man i mindre grad fokuserar på eventuella orsaker till tillståndet kommer man också att minska eventuell skuldbörda på dem (ofta föräldrarna) som antas att kunna vara ansvariga, inklusive patienten själv. Se också *stoicism*.

LITTERATUR: d'Elia 2008, Käver 2006.

Kohlberg, Lawrence (1927–1987) var en amerikansk utvecklingspsykolog som lanserade en teori om moralisk utveckling baserad på en empirisk studie av pojkars och mäns resonemang då de presenterades för etiska problem. Mot bakgrund av sina empiriska studier delade Kohlberg in utvecklingen i tre stadier: 1) ett förkonventionellt stadium där man inte har några begrepp om varken formella eller informella regler, 2) det konventionella stadium där vi som människor antas att ha sådana regler, utan att ifrågasätta dem, samt 3) ett postkonventionellt

stadium där vi har insikt i att det finns någonting som moral, och i den senare delen av detta stadium inser vi också att moralen och reglerna kan vara föremål för rationell diskussion. Det finns en viss likhet med *Aristoteles* utvecklingsstege, men Kohlberg har indelat de olika stadierna i delmoment: 1a) straff och lydndsorientering: moral handlar om att få belöningar av och undvika straff från auktoriteter, 1b) instrumentellt hedonistisk orientering: moral handlar om att förhandla sig till en så stor egen tillfredsställelse som möjligt i ljuset av att andra också försöker göra det, 2a) duktig pojke-/snäll flicka-orientering: moral handlar om att sköta de plikter som följer med ens socialt tilldelade roller, 2b) lag och ordning-orientering: moral handlar om att följa de regler som ger upphov till gruppens välfärd, 3a) socialt kontrakt-orientering: moral handlar om att upprätthålla grundläggande rättigheter, skyldigheter och värderingar som måste ingå i ett stabilt samhällskontrakt och 3b) universell-etisk princip-orientering. Till dessa stadier finns både föreställningar om vad som utgör det goda och rättvisa i livet samt medvetenheten om sanktioner, där straff, skam och skuldkänslor ingår.

Barn 0–9 år befinner sig i det prekonventionella stadiet och strävar efter direkt hedonistisk tillfredsställelse (1a) eller inser att välbefinnandet kan ökas genom lika för lika-handlande (1b). Dessa barn kan handla moraliskt antingen genom att chansa eller genom att en förälder belönar moraliskt rätta handlingar genom exempelvis att le vänligt och uppmuntrande och straffar moraliskt oacceptabla handlingar genom att exempelvis se strängt på/blänga. Barn och ungdomar som är 9–20 år befinner sig på det konventionella stadiet och är medvetna om att det finns något som benämns som gott och dåligt, vilket de först (2a) uppfattar på ett informellt sätt när de interagerar med andra. Senare kan de om de handlar orätt döma sig själva genom skamkänsla (2b) och detta oberoende av vilka konsekvenser handlingen får. Enligt Kohlberg förblir många människor i detta stadium men många vuxna utvecklas ytterligare och kan så småningom se sambandet

mellan egna handlingar och universella regler; och handlar man i detta sammanhang moraliskt fel uppstår känslan av skuld.

Carol Gilligan som var elev till Kohlberg ifrågasatte hans teori därför att den ledde till att vissa flickors/kvinnors sätt att resonera enligt Kohlbergs modell värderades lägre än vissa pojkars/mäns sätt. Hon ansåg att anledningen till detta var att Kohlberg var fixerad av princip-tänkande. Gilligan studerade så liknande åldersgrupper och kom fram till att pojkar/män är mer principorienterade, och flickor/kvinnor i stället relaterar mer till andra och fokuserar på omhändertagande. Se *moralisk utveckling*.

LITTERATUR: Gilligan 2001, Kohlberg 1981.

Kolhydratexperiment, se *Vipeholmsexperimenten*.

Komatösa patienter är djupt medvetslösa patienter som i detta tillstånd inte kan vara med och fatta beslut om en behandling ska fortsättas eller avslutas. En komatös patient är ofta i ett tillstånd, exempelvis insulinkoma, där man kan väcka patienten igen, om man ökar blodsockret, och får inte förväxlas med ett *persisterande* vegetativt stadium, PVS. Om en komatös patient befinner sig i livets slutskede så är patienten dock inte längre väckbar, utan det komatösa tillståndet är då ett stadium precis före döden. Se också *döendeprocessen*.

Kommunikationsbaserad etik eller diskursetik baserar sig på en etisk strategi där man argumenterar sig fram till lösningar på etiska problem. Vad som är moraliskt rätt eller fel är något man uppnår insikt i eller enighet (konsensus) om allteftersom diskussionen/argumentationen fortskrider. Konsensus är sålunda ett centralt element i den diskursiva etiken (liksom inom *pragmatismen*), men det är en konsensus som ska uppnås under vissa betingelser som ses som ideala för ett fritt och jämlikt meningsutbyte eller som den tyska filosofen Jürgen Habermas säger: ”Herrschaftsfrei Kommunikation”. Vilka eventuella principer för vad som är ett riktigt handlande är en öppen

fråga enligt denna etik: det kan vara något som är *deontologiskt*, *konsekvensetiskt* eller annat. Den kommunikationsbaserade etiken är framför allt en idé om hur man ska komma fram till vad man bör göra, snarare än en idé om vad man bör göra, vilket i stora stycken liknar tanken om ett *reflektivt ekvilibrium*. Det är framför allt den tyska filosofen Jürgen Habermas som utvecklat den diskursiva etiken men även inom feministisk etik finns företrädare för denna uppfattning, exempelvis Benhabib.

LITTERATUR: Benhabib 1992, Habermas 2003.

Kommunitarismen är en filosofisk/etisk riktning där man vänder sig mot den fokusering som funnits på den enskilda individen och hans/hennes roll i etiken. Kommunitarism betonar att individen befinner sig i en gemenskap (grupp/familj/nätverk) och i ett samhälle och sällan existerar helt isolerad från omgivningen. Detta innebär också att den enskildes identitet och moraliska utveckling ses som ett resultat av den sociala gemenskapen med gruppen, familjen eller nätverket.

Kommunitarism i dess moderna utformning har uppstått som en reaktion mot moralfilosofi som just betonat individens roll, exempelvis John Rawls teori om rättvisa där han bland annat utgår ifrån vad den opartiska, rationella och egennyttiga individen skulle komma fram till är rättvist. Men det finns också en reaktion mot nyliberalen Robert Nozick. Kommunitaristerna betonar de sociala och historiska villkoren för människan samt de seder som utvecklas och ärvs från den ena generationen till den nästa (jämför konservatism i politiska ideologier). Detta innebär att individens värdesystem och preferenser formas här. Man ifrågasätter betydelsen av de mer generella eller universalistiska etiska systemen. Diskussionen om meningen med livet anses speciellt viktigt eftersom den individualistiska kulturen har bidragit till en förskjutning av målen med en betoning av njutning och självbespeglning, en s.k. narcissistisk kultur (se också den narcissistiska störda personligheten). Enligt en känd företrädare för

kommunitarismen, Dan Callahan, förutsätts dygdetik och analytiska färdigheter för moraliskt beslutsfattande. Bland de färdigheter som Callahan lyfter fram är rationalitet, föreställningsförmåga och insikt. Rationalitet är viktigt men inte nog, utan rationaliteten måste kombineras med en känsla och föreställningar om patientens behov och lidande. Det behövs alltså empati, vilket är en förutsättning för att kunna handla i överensstämmelse med patientens bästa intressen, vilket är viktigt om patienten inte kan ta till vara sina egna intressen och paternalistiska beslut måste fattas. Konkret innebär detta att exempelvis gruppen eller familjen ges ett större utrymme i beslutfattandet, såsom den svenska barnpsykiatern Ingemar Engström och andra anser då det gäller vården av ungdomar med psykiska funktionshinder. Att patientens behov och lidande ska stå i centrum är dock inget unikt för kommunitarismen, utan det står i centrum också för konsekvensetik såväl som den mesta deontologin.

Kommunitarismen betonar alltså det gemensamma snarare än individen. Vad innebär detta närmare bestämt? Det är inte bara påståendet att våra värderingar och normer faktiskt kommer till som ett resultat av att vi ingår i flera gemenskaper, något som ingen liberal skulle förneka. Det man snarare hävdar är att samhället och samhällets viktigaste institution, staten, inte bör vara neutral inför människors uppfattningar om vad som är meningen med livet eller ett gott liv. Rawls uppfattning är att staten bör vara neutral i denna fråga och i stället ge alla lika möjligheter att eftersträva ett liv i enlighet med sin egen uppfattning om vad som är gott. Detta förnekar alltså kommunitarismen. Det liv som är eftersträvansvärt är vidare, enligt kommunitarismen, bestämt av våra gemensamma sedvänjor och livsstilar. Därför ser man också frågan om vad som är en rimlig fördelning av resurser som en fråga om vilka gemensamma föreställningar vi har om dessa. Vård bör exempelvis fördelas enligt behov, medan straff och ämbeten bör fördelas efter förtjänst och partners och golfklubbor efter fritt byte, eftersom det är det vi betraktar som naturligt för fördel-

ningen av dessa företeelser i vår kultur. Ett par av de problem som brukar tas upp med detta synsätt är dels att det inte alltid är entydigt vad som är den gemensamma uppfattningen, då vi ofta är oeniga om vad som är en lämplig livsstil eller fördelning, dels att man avhänder sig möjligheten att kritisera den gemensamma uppfattningen, eftersom denna avgör vad som är rätt och riktigt från början.

LITTERATUR: Callahan 2003, Engström 2006, Walzer 1983.

Kompetent refererar till en persons eller patients förmåga att kunna förstå information och mot bakgrund av den givna informationen ha kapacitet att fatta ett rationellt beslut. Att vara beslutskompetent är det anglosaxiska uttrycket för vad vi på svenska kallar beslutskapabel. Se vidare *beslutskapabel*.

Koncentrationslägerexperiment var den typ av oetiska experiment som ägde rum i de nazistiska koncentrationslägren, exempelvis Dachau, under andra världskriget. Se exempelvis *höghöjdsexperiment*, *Nürnbergprocessen* och *Nürnbergkoden*.

Konflikter, se etiska konflikter.

Konfucianismen är en kinesisk filosofi som baseras på Konfucius (551-479 f.v.t.) tankar. Dessa kan tolkas både konservativt och progressivt och riktade sig till den enskilda samtidigt som de var samhällsorienterade. Konfucius blir i Kina betraktad lite som både filosof och helgon, som en Sokrates och Jesus i en och samma person. Liksom både Sokrates och Jesus, som själva inte skrev ned några texter, gjorde inte heller Konfucius detta, utan det var hans lärjungar som gjorde det.

Det konservativa elementet i konfucianismen är vurmen för det ursprungliga samhället som antogs att ha varit lyckligt, eftersom alla då kände sin plats i samhället: regenter, bönder och ämbetsmän. I det kinesiska samhället var familjen en enhet där fadern hade den centrala rollen som ledare och fostrare och det

uppstår en familjeetik som egentligen är äldre än Konfucius lära. Barnen förväntades visa sina föräldrar absolut åttlydnad och hängivenhet och speciellt den sonliga vördnaden betonades. Den äldste sonen skulle vid faderns död visa sin respekt genom att under en treårsperiod bära sorgedräkt, avhålla sig från kött, vin och offentliga sammankomster. Under denna period fick man inte heller skaffa barn, vilket senare ansågs vara ett problem för barnafödandet. Enligt Konfucius finns det ett samband mellan familj och stat och där var och en har sin bestämda plats: "Statskonst råder där fursten är furste och ministern är minister, där fadern är fader och sonen är son."

I konfucianismen finns både regler för hur man kan lära sig att handla riktigt men också hur man utvecklar ett sinnelag så att man faktiskt blir lycklig. Man beaktar både konsekvenser, sinnelag och plikter. Enligt konfucianismen kan en handling antingen utföras för egen vinnings skull eller av rättfärdighet. För att en handling ska uppfattas som sant etisk ska den utföras med rättvisans väg för ögonen. Det är också så man skiljer den obildade från den bildade människan. Om vi ersätter bildad med förnuftig så finns det en viss likhet med *kantiansk etik*. Genom introspektion så kan vi få reda på hur vi bör handla, och innerst inne vet vi vad som är rätt och fel. Om tjuven tänkte sig för så skulle han/hon också veta att han/hon inte borde stjäla. Den som ljuger vet att han/hon inte bör göra det och enligt Konfucius så är alla ursäkter och bortförklaringar enbart ett tecken på att personen inte har ordning på sitt liv och sin person. Även om det inte är enkelt att hitta moralreglerna i sitt inre måste man ständigt försöka: "Den som inte har för vana att fråga sig: Vad bör jag tänka om detta? För honom kan jag i sanning ingenting göra" säger Konfucius. Han är också en av de första som man vet formulerat det som senare kommer att benämnas som den *gyllene regeln*: "Gör mot andra, vad du vill att de ska göra mot dig." Regeln finns här också negativt formulerat: "Gör inte mot andra vad du inte önskar att de ska göra mot dig." Konfucius utvecklar något man

kan benämna som en gentlemans *dygdetik* där personen ska odla dygder som att vara ädel, osjälvisk, rättfärdig, och vänlig.

Konfucius samlade elever hos sig som fick en mycket sträng utbildning och uppfostran när det exempelvis gällde upplärning i traditionella ceremonier, och det var bara de bästa som skulle föra hans budskap vidare. Dock var han försiktig med att indoktrinera: "Blott för de vetgiriga öppnar jag sanningen, blott till dem som strävar att själva att finna uttryck bringar jag hjälp. Den som när jag avtäckat ett hörn inte kan sluta sig till de tre övriga, för honom upprepar jag inte min läxa." Det viktiga var alltså att själv kunna finna de tre andra hörnen. Konfucius refererade inte till någon högre makt annat än en sorts moralisk kraft som fanns i universum. Det var alltså inte frågan om att referera till religiösa auktoriteter, utan just till förmågan att leta i sig själv och på sikt uppfostra sig själv.

Konfucius hänvisade till det goda livet man kan leva på jorden och inte till någon himmelsk lycka eller något liv efter detta. Lyckan ska man alltså sträva efter att uppnå i detta konkreta livet.

Efter Konfucius kommer flera uttolkare av hans lära. En av dessa var Mo Zi som gjorde upp med en del av den mer konservativa delen av konfucianismen, och han kan sägas vara en av de första som formulerar något som liknar hedonistisk utilitarism: Det nyttiga är det som leder till fred, välstånd och ordning och det nyttiga är det som tenderar att väcka behag och det onyttiga det som väcker obehag. En vidare utveckling sker också med filosofen Mencius där vi får formulerat antagandet att alla människor i grunden är goda, och det ligger i människans natur att vi kan känna medlidande, skam, vördnad, respekt, och ha en känsla för rätt och orätt. Gemensamt för flera av dessa efterföljare var att man genom uppfostran kunde betvinga eller utveckla möjligheterna i den mänskliga naturen.

En senare mycket sträng variant som i motsättning till Mencius, vars lära så småningom segrar, ansåg att människan till sin natur var ond, och det var enbart genom moralisk upp-

fostran som man kunde betvinga sin medfödda ondska. En annan mer extrem variant som tolkats som hjälpmedel för makthavare gick ut på att tillämpa mycket stränga straff även för små förseelser. På detta sätt kunde man förebygga stora brott. Straffet för att strö aska på gatan skulle exempelvis ha varit att man fick handen avhuggen. De som protesterade straffades strängt liksom dem som prisade lagen. Lagen ska respekteras, inte kommenteras enligt den legalistiska filosofen Shang Yang (som dog 338 f.v.t.). Se också *kinesisk filosofi* och *daoism*.

LITTERATUR: Favrholt 1997.

Konkordans refererar till att en patient är informerad, att exempelvis läkaren har samrätt med patienten, och att denna mot bakgrund av detta ger sitt samtycke till exempelvis den utredning eller behandling som man kommit överens om. Konkordans kan tillsammans med *patientcentrering* sägas ha avlöst det lite belastade uttrycket *compliance*, där det snarare är fråga om i vilken omfattning patienten följer ett givet råd eller tar sin medicin som föreskrivet och där läkaren för patientens eget bästa (se *paternalism*) kontrollerar om patienten nu också gjort som föreskrivits. Konkordans innebär en demokratisering av besluts- och förhandlings-situationen mellan läkare och patient.

Konsekvensetik utgörs av en grupp normativa etiska teorier som säger att handlingens riktighet eller oriktighet, dvs. om handlingen bör utföras eller inte, enbart avgörs av deras konsekvenser. Olika konsekvensetiska teorier har olika uppfattningar om vilka konsekvenser som är eftersträvansvärda eller har moralisk relevans, dvs. vad som har *egenvärde*. För att en konsekvensetisk teori ska kunna säga något om vad som bör göras måste den alltså kompletteras med en uppfattning om vad som har egenvärde.

Det finns olika typer av konsekvensetiska teorier. Vissa är maximerande och hävdar att en handling är moraliskt riktig eller tillåten om, och endast om, det inte finns några alternativa handlingar med bättre konsekvenser än

den aktuella handlingen. Formellt brukar man säga att en handling H1 är riktig om, och endast om, det inte finns någon annan handling HX i situationen som aktören A i fråga kan utföra som, om A utför denna handling (eller någon av dessa handlingar) HX, så innebär de sammantagna konsekvenserna en högre nettodifferens av goda konsekvenser över dåliga, än om A utfört H1. Om exempelvis man står i valet mellan att utföra en njurtransplantation eller fortsätta dialysbehandling så kan man med hjälp av en beräkning av *kvalitetsjusterade levnadsår* (QALY) visa en tydlig nettovinst att välja njurtransplantationsalternativet. Mått som QALY kan dock enbart mer eller mindre precisat närma sig det som konsekvensetik är ute efter och att använda sig av QALY är därför enbart ett exempel på en *beslutsmetod*.

Maximerande konsekvensetiska teorier kan vidare i sin tur delas in i maximering av faktiska eller förväntade konsekvenser. Om man använder maximering av faktiska konsekvenser som *riktighetskriterium* medför det att alla handlingar som inte har optimalt utfall är felaktiga. Om njurtransplantationen misslyckas så var handlingen fel, även om jag kanske inte kan klandras för att jag föreslog patienten att gå med på operationen. Enligt en sådan teori där man fokuserar på det faktiska utfallet av den utförda handlingen, är den felaktig så fort den medför att konsekvenserna är sämre än de kunde ha varit ("endast det bästa är gott nog"). Om det i stället gäller maximering av förväntade konsekvenser där man fokuserar på sannolikheten för ett bra eller dåligt utfall, som riktighetskriterium, så är handlingen rätt eller fel oberoende av de faktiska konsekvenserna. Om vi med hjälp av en jämförelse med kvalitetsjusterade levnadsår kommer fram till att det förväntade nettovärdet av en njurtransplantation överstiger det förväntade nettovärdet av fortsatt dialys, så är det rätt att välja transplantation även om det faktiska utfallet blir att njuren inte fungerar. Enligt det synsättet, som menar att det är de förväntade konsekvenserna som avgör en handlingens riktighet, blir det alltså vad vi har skäl att vänta oss som avgör huru-

vida man bör utföra en handling, inte vad som faktiskt sker. Man kallar därför ibland denna syn för subjektiv utilitarism, till skillnad från objektiv som alltså menar att de är de faktiska konsekvenserna som avgör om en handling är riktig, alldeles oavsett av vad vi har skäl att vänta oss. Många har ansett att det är för strängt moraliskt att använda de faktiska konsekvenserna som kriterium för vad som gör en handling rätt eller fel. I stället har man hävdat att det är tillräckligt om konsekvenserna är "goda nog" (på engelska "satisficing consequentialism"). Denna uppfattning får dock problem med att säga vad som är gott nog.

Vissa versioner av konsekvensetiken är egoistiska och hävdar att enbart konsekvenserna för den handlande personen själv spelar roll. Långt vanligare är dock universalistiska versioner av konsekvensetik, som hävdar att konsekvenserna för alla som berörs av handlingen spelar roll. Om man kombinerar maximerande och universalistisk konsekvensetik som hävdar att konsekvenserna för alla spelar lika stor roll, får man *utilitarism*.

Man skiljer också mellan handlings- och regelorienterade versioner av konsekvensetik. Enligt de förstnämnda bedöms handlingars moraliska status enkom efter de konsekvenser handlingen ger upphov till. Enligt de regelorienterade versionerna ska i stället handlingars riktighet bedömas utefter om de får bra konsekvenser givet att de är allmänt efterlevda regler. Se vidare *utilitarism*, *handlingsutilitarism* och *regelutilitarism*.

LITTERATUR: Carlson 1995, Lyons 1965, Scarre 1996, Sen et al. 1982, Slote 1985, Tännsjö 1998.

Kontrafinala/kontraproduktiva handlingar innebär att man uppnår det motsatta av vad som avsetts med handlingen. Det finns inom medicinen en rad exempel på behandlingar som i efterhand visat sig vara kontraproduktiva. När man kom på att man kunde behandla män med prostatacancer med det kvinnliga könshormonet östrogen så visade sig östrogen experimentellt stoppa cancertillväxten men

samtidigt minskade femårsöverlevnaden drastiskt eftersom patienter dog i förtid av de höga doserna de fått. De fick hjärt-kärlsjukdom orsakad av den givna östrogenbehandlingen. Behandlingen i de givna doserna var alltså kontraproduktiv eller kontrafinal. Se också *icke skada-principen*.

LITTERATUR: Blomqvist 1971.

Kontraktsetik eller kontraktualism går tillbaka till Thomas Hobbes och Jean-Jacques Rousseau och går ut på att människor, i syfte att inte gå under eller hamna under den djungelns lag som råder i naturtillståndet kommer överens om grundläggande villkor för att leva tillsammans (se vidare *Hobbes*). Moderna kontraktsteorier frågar sig ofta vad vi skulle komma överens om givet att vi är rationella och opartiska, vilket då anses bindande för alla (se *Rawls*). I sjukvårdsetiska sammanhang har kontraktsetiken dels betydelse för prioriteringar av vård (se *rättvisa*), dels för användningen av försöksdjur. Vad gäller djurs moraliska status brukar kontraktsetiker som Peter Carruthers hävda att djur saknar självständig moralisk status, eftersom de inte kan vara kontraktsinrättande parter ens potentiellt. Om det då finns något felaktigt i djurförsök, så består det enligt kontraktsetikern inte i att något fel begås mot djuret, utan att det enligt Kant brutaliserar människan. Se *djuretik*.

LITTERATUR: Gauthier 1986.

Korruption betyder egentligen fördärvat tillstånd eller något som är i förfall och används för att beskriva när en person som innehar en förtroendeställning missbrukar sin position, vanligen för att själv ha gagn av detta. Korruption innebär bland annat att man inte visat tillbörlig lojalitet mot uppdragsgivaren, till exempel staten eller sjukvården. En korrumpad person kan dock också låta vänner eller familj få gagn av beteendet, och man talar då om vänskapskorruption eller nepotism. Inom sjukvården och universiteten kan korruption förekomma i samband med tillsättningar av tjänster eller i samband med att man ska fatta beslut om val

av personer i utredningar, datorutrustning/system, dyra apparater eller behandlingar, exempelvis läkemedel, som kan komma att gagna en själv eller vänner, men som skadar eller riskerar att skada organisationen ekonomiskt men även beträffande förtroendet. Se också *jäv* och *mutor*.

Kostnadseffektivitet är ett centralt begrepp inom hälsoekonomin som aktualiseras vid bedömningen/värderingen av olika terapeutiska och diagnostiska metoder, där man beaktar såväl effekten, kostnaden som säkerheten. Vid en kostnadseffektivitetsbedömning, exempelvis i samband med prioriteringar, jämför man sålunda olika behandlingar eller diagnostiska metoder med avseende på deras kostnader och effektivitet. En mer omfattande kostnadseffektivitetsvärdering görs där man utvidgat effektivitet till att även omfatta å ena sidan överlevnad och livskvalitet och å andra sidan kostnaderna. Här har man utarbetat ett begrepp, QALY, med hjälp av vilket man kan jämföra kostnadseffektiviteten av olika medicinska åtgärder (se *nytta-/riskkalkyl* och *kvalitetsjusterade levnadsår*). Ett problem med denna typ av mått är att man jämför ekonomiska kostnader med icke-monetära vinster i form av ökat välbefinnande eller ökad autonomi för patienterna. Termens förment neutrala klang kan därmed dölja att utredningar av kostnadseffektivitet alltid bygger på värderingar, exempelvis av hur mycket vinster i välbefinnande ska vara värda i kronor och ören. Givet en medvetenhet om denna typ av problem kan dock beräkningar av kostnadseffektivitet bidra till att klargöra skäligheten av att exempelvis ersätta en äldre behandling med en nyare. Se vidare *EBM* och *VBM*.

Kristen etik är en religiöst förankrad etik som baseras på kristendomen, som i sin tur kan sägas vara en samlingsbeteckning för en rad olika religiösa rörelser som har det gemensamt att de alla har sitt ursprung i judendomen. Men där judendomen baserar sin etik på Gamla testamentet (GT) så baserar kristendomen sin på Nya testamentet (NT) som handlar om Jesus

av Nasaret och som beskriver hur Gud uppenbarade sig och tog människoform. Enligt den katolska teologen Axel Carlberg införlivades kristendomen i stort sett i det judiska värdesystemet, och man talar därför också om den judisk-kristna traditionen. Den gemensamma nämnaren är tron på Gud, kärleken till nästan och tio Guds bud (*dekalogen*).

I motsats till judendomen där lagen och de laglärdes tolkning av lagen kommer i främsta rummet (se *judisk etik*), får vi med kristendomen och aposteln Paulus (0003–0067) en betoning av individens ställning och ställningstagande. Det väsentliga är tron på Kristus som vår frälsare och Gud och inte det att man följer en massa formella lagar och regler. När exempelvis de skriftlärdade med hänvisning till dekalogen presenterade en otrogen kvinna för Jesus och frågade hur man skulle förhålla sig kvinnans syndande som enligt skrifterna skulle bestraffas med stening, så svarade Jesus: "Låt den som är utan synd kasta första stenen" (se också *etisk kreativitet* och *situationsetik*). Centralt för kristendomen är beskrivningen av Jesu gärningar i exempelvis Matteusevangeliet (7:12) där också den *gyllene regeln* formuleras i den judisk-kristna traditionen: "Att allt vad ni vill att människan ska göra för er, det ska ni också göra för dem." Det förhållandet att stora delar av NT handlar om Jesus som botar olika sjuka människor har påverkat utvecklingen av en kristen vårdetik som är speciell tydlig i dag inom exempelvis *hospicerörelsen*.

Paulus lyfter fram frågan om moral och menar att alla människor (även hedningar) har i människohjärtat inskriven en moralisk lag som han kallar *samvetet*. Thomas av Aquino (1225–1274) preciserar samvetet som en naturlag. Enligt Thomas finns två slags samveten, ett ofelbart som säger vad som är moraliskt förkastligt, dvs. vad man absolut inte får göra, och som han kallar synderesis. Det andra samvetet fungerar som det praktiska och är en tillämpning av den naturliga lagen i de enskilda situationerna, vilket han kallar *conscientio*. Fram till reformationen på 1500-talet dominerade ett dygdetiskt

tänkande, dvs. människan uppfattades som förädlingsbar med hjälp av goda vanor.

Kristen etik kan karakteriseras framför allt av budet om att du skall älska Herren din Gud, med hela ditt hjärta och med hela din själ och med hela ditt förstånd samt budet att älska din nästa som dig själv. Att älska sin nästa som sig själv med den kristna innebörden förutsätter att man faktiskt tycker om sig själv (åtminstone lite grann). I historien om den *barmhär-tiga samariten* får vi en indikation på vem som är min nästa. Mannen som blir överfallen och svårt misshandlad av rövare blir hjälpt av en samarit men inte av en präst och en levit som båda vänder sig bort. Samariten förstås som den överfallna mannens nästa. I kristen etik ingår också att man visar ödmjukhet och solidaritet med de svaga och hjälpsökande. Man ska exempelvis be i det tysta och inte demonstrera sin fromhet och laglydighet såsom fariséerna på Jesu tid karakteriserades. Enligt Jesus ska den som upphöjer sig bli förödmjukad och den som ödmjukar sig ska bli upphöjd.

Kristen etik baseras visserligen framför allt på skrifter från NT, under det att judendom baserar sig på GT. Det är dock i GT som vi hittar Guds tio budord (*dekalogen*) som bland annat innehåller förbudet att slå ihjäl en annan människa och att inte vittna falskt mot sin nästa samt att inte stjäla eller att begära det som tillhör ens nästa. Där NT bejakar ödmjukhet, barmhärthet och förlåtelse, innerlighet och närvaro betonar GT det rituella och formella såsom det kommer till uttryck när Jesus raljerar med fariséerna. I det som brukar karakteriseras som kristen etik finns dock också regler, exempelvis förbud mot att döda någon, att också låta en annan människa dö liksom mot självmord. Det är sålunda med kristendomen (och även judendomen) vi får en uppgörelse med barnadöndet (infanticid) som var accepterat i det antika grekiska samhället, liksom med eutanasi och självmord.

Enligt kristendomen tenderar människan att ständigt synda, den s.k. arvsynden, men om han/hon visar ödmjukhet och ber om förlåtelse så får man syndernas förlåtelse (jämför liknel-

sen med den förlorade sonen). Den katolska versionen av kristen etik betonar mycket starkt hur syndigt det är att göra *abort* och betraktar det befruktade ägget som en potentiell varelse med full människovärdighet och mänskliga rättigheter, och abort likställs sålunda med infanticid. Den protestantiska versionen av kristendomen förefaller ofta mera pragmatisk och betonar att exempelvis abort är en synd, men att även denna synd kan förlätas. Det finns en tendens att ju mer rikt ett aktuellt samhälle är, och utan för stora spänningar, desto mer sekulariserad och pragmatisk blir religionen i fråga. Ju fattigare och ju större spänningar desto mer ortodox och sträng kan religionen bli i det aktuella samhället. Se även *judisk etik*, *islamisk etik*, *buddism* och *hinduism*.

LITTERATUR: Andersen 1993, Carlberg 2004.

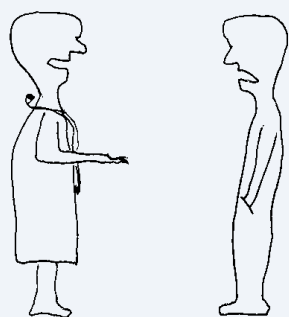
Kränkning innebär ofta brist på respekt för en patients autonomi exempelvis genom att inte ge patienten adekvat beslutsunderlag/information eller bestämma över huvudet på patienten – *paternalistiska* kränkningar. Kränkningar kan också vara relaterade till patientens rättigheter samt till vad patienten faktiskt upplever. Vi skulle exempelvis kunna nedteckna en inverterad lista på patienträttigheter och därigenom förtydliga möjliga kränkningar. På samma sätt kan man också åskådliggöra vissa av läkarreglerna och kalla brott mot dessa för kränkningar.

Man kan skilja mellan upplevda kränkningar som är subjektivt definierade, och objektiva kränkningar som är kränkningar oberoende av om patienten själv upplever handlingen som en kränkning, enligt följande fyrfältstabell.

		Faktisk kränkning	
		Ja	Nej
Upplevd kränkning	Ja	1	2
	Nej	3	4

Eftersom ni är helt frisk kan jag inte skriva intyg för handikapparkeringsplats.

Det är för djävligt! Ständigt får man utstå dessa kränkningar.



Upplevd eller objektiv kränkning?

Om en patient både upplever sig kränkt och faktiskt också har blivit kränkt så kan man under förutsättning av att den eller de inom sjukvården som kränkt patienten ser detta, förhoppningsvis rätta till det hela, be om ursäkt eller ge kompensation och på så sätt ge patienten upprättelse. Ibland kan det ju uppstå konflikter som beror på missförstånd och dålig kommunikation, vilket leder till låsta positioner som omöjliggör att man löser konflikten. Detta kan få allvarliga konsekvenser för patientens fortsatta förtroende för sjukvården och därmed för patientens benägenhet att söka sjukvård, villighet att ställa upp i den kliniska undervisningen av läkarkandidater samt även i klinisk forskning och möjligen även för benägenheten att donera organ och vävnader. I värsta fall kan patientens försök att få upprättelse leda till långa och onödiga utredningar, vilket innebär att vårdens resurser tas i anspråk för sådant som kunde fått bättre användning. Se *besvärliga patienter* och *Odysseussyndromet*.

Patienter kan också uppleva sig kränkta trots att de objektivt inte är det. En patient kan exempelvis uppleva sig kränkt om läkaren inte anser att patientens arbetsförmåga är så nedsatt

att det kan motivera sjukskrivning om patienten är av en annan uppfattning. En patient kan vidare uppleva sig kränkt om inte han/hon får sina positiva rättigheter tillgodosedda, exempelvis att få en viss utredning genomförd eller få en viss behandling då läkaren inte finner att detta är medicinsk motiverat.

En läkare kan förstås vara olika benägen att lyssna på och förhandla med patienten, men om vi antar att läkaren faktiskt har gjort vad han/hon anser är rimligt, men patienten ändå inte är nöjd och egentligen inte är beredd att respektera läkarens professionella autonomi, så kan man knappast säga att patienten är kränkt. Icke desto mindre kan alltså patienten uppleva sig som kränkt, men man borde kanske snarare säga att han/hon inte delar läkarens bedömning.

Om patienten inte upplever sig kränkt, men ändå objektivt sett har blivit kränkt, får det kanske inga negativa konsekvenser för förtroendet för sjukvården. Det kan exempelvis vara så att patienten inte har fått adekvat information, men att han/hon inte riktigt uppmärksammar detta. Patienten har då inte samma möjlighet att fatta rationella och självständiga beslut och får på detta sätt sin autonomi kränkt. I andra fall kan det vara så att en läkare kan göra sin auktoritet gällande på ett sätt så att patienten inte upplever att det finns behandlingsalternativ. Om patienten då är auktoritärt anpassad så kanske denne bara konstaterar att så är det. Patienten kan också i vissa fall ha en mycket hög kränkningströskel och där andra skulle ha reagerat rycker den aktuella patienten på axeln eller har överseende med eller ursäktar doktorn.

En kränkning kan lätt förväxlas med en förnärmelse. Om man förnärmar en annan person förutsätter det att man känner till den andra personens ”ömma tår” och att man även inkluderar psykiskt obehag som ett lidande. Orsaker som för 200 år sedan skulle uppfattas som förnärmelser eller att man tappar ansiktet och leda till dueller, skulle i dag kanske medföra en axelryckning. Att för 200 år sedan som make offentligt bli beskylld för att vara hanrej, dvs.

en bedragen äkta man, skulle resultera i en duell. Man skulle inte säga att mannen som var hanrej var kränkt av den som påstod det (i alla fall inte om det var sant). Men han hade blivit förnärmat och tappat ansiktet offentligt, dvs. blivit till åtlöje. Enda sättet att återfå respekten var genom en duell: att döda den som förnärmat en eller att dö själv. Se också *tappa ansiktet*. Huruvida man känner sig kränkt eller inte kan också vara kulturellt betingat och speciellt hur man kan kompensera en person som faktiskt har kränkts. Det kan exempelvis röra sig om skillnader mellan skuld- och skamkulturer. Se också *kulturkrockar* och *narcissistisk personlighetsstörning*.

LITTERATUR: Hansen et al. 1979, Wessel et al. 2009.

Kultur är inte statiskt och står för en grupp människors gemensamma handlingsätt, regler, värden och symboler. Varje kultur har sin egen uppfattning om exempelvis kroppen och dess funktioner och har sin egen tolkning av vad kroppsliga och psykiska symtom betyder och hur man ska behandla dessa. Patienter med en annan kulturell, religiös och etnisk bakgrund kan ha en annan erfarenhet av möte med läkaren, varför det är viktigt att förstå patientens tillit till läkare vid mötet. Läkare kan även ha varit med vid tortyr och ”den vita rocken” kan därmed ha ett annat symbolvärde. Att fråga patienten om vad denna tror orsakar symtomen kan också resultera i att patienten misstror läkarauktoriteten. Det kan därför vid sådana möten finnas behov av att vid lämpligt tillfälle informera patienten om hur läkare jobbar i Sverige. Se också *kulturkrockar*.

LITTERATUR: Herlitz 1989, Johannisson 1990.

Kulturkrockar kan uppstå då personer från olika kulturer, med sina särskilda traditioner och värderingar, inte kan eller vill förstå varandra. Inom sjukvården finns det i dag både patienter och personal som kommer från olika kulturer eller från olika etniska minoritetsgrupper och det kan vara svårt att förstå varandra.

Om en patient inte förstår vad ett recept är och använder det på ett annat sätt än det avsedda, exempelvis lägger in det i en amulett, kan det skapa förvirring. Vissa sätt att administrera medicin på kan också ge oväntad anledning till reaktioner, och exempelvis är det svårt för muslimska kvinnor som lider av astma att använda de inhaleringsbehållare som i dag vanligen används, på grund av deras fallosliknande form. Det är föreställningar som vi kanske inte ens skulle ha skänkt en tanke. Speciellt i relation till patienter som kommer från andra kulturer eller subkulturer är det patientcentrerade samtalet viktigt då patientens förväntningar, farhågor och föreställningar är i fokus. Genom att tillämpa patientcentrering kan man undvika många missförstånd och även förebygga kränkningar, men det förutsätter att man kan känna igen religiösa och kulturella traditioner och olika sjukdomsuppfattningar. Se även *alternativmedicin*.

Även om risken för kulturkrockar sannolikt är störst i relation till människor som kommer från andra kulturer finns det också andra möjliga kulturkrockar; mellan generationer, mellan man och kvinna, mellan utbildad och mindre utbildad, mellan arbetslös och icke arbetslös, mellan storstadsbefolkning och befolkning på landsbygden, mellan olika sociala grupperingar och mellan de som har stor makt eller inflytande och de som inget inflytande har. De olika etniska minoritetsgrupperna kan dessutom inbördes ha olika relationer och förhållningssätt till de förstnämnda relationerna, exempelvis att respektera äldre mer eller mindre, till vilken grad man ger uttryck för känslor, och vilka tabun som präglar kulturen. I Sverige är det vanligen döden, sexualitet och alkohol som är dominerande tabuområden, medan det i andra kulturer är religiösa legender, ekonomi etc. Dessa tabun kan också få betydelse för både ämnen som man konstruerar vitsar kring (se *humor*) och hämtar inspiration från vid konstruktionen av svordomar.

En vanlig distinktion mellan olika kulturer är s.k. *skuld* och *skam*. I en skuldkultur som vår beror eventuella fel på att det är mitt eller ditt

personliga ansvar och man får skylla sig själv. Det straff man får för eventuella brott eller övertramp är relativt lindrigt och drabbar bara mig själv. I en skamkultur spelar familjens heder en stor roll och hela gruppen eller familjen drabbas. Straffet blir hårt och först när exempelvis tjuvens hand huggs av kan familjens heder upprättas. Detta kommer också ibland till uttryck inom sjukvården när man ska hjälpa exempelvis unga andragenerationsinvandrade kvinnor med intyg om att de är oskulder – en sak som i vår kultur är flickans egen sak – men som i andra kulturer berör hela familjens eller släktens heder. Om flickan inte kan få intyg om att hon är oskuld så vanäras hela familjen och hedern kan först återupprättas och skammen försvinna när flickan straffats, ibland genom att dödas. Det är då en grannliga uppgift för läkaren att i sådana situationer skriva ett intyg som inte riskerar flickans liv och hälsa. Se också *parasitering*.

LITTERATUR: Herlitz 1989, Johannisson 1990.

Kunnande är den form av *kunskap* som man lär sig genom färdighetsträning och som kan förbättras genom att man förbättrar sitt *vetande*, men även genom olika former av träning och härmning och färdighetskreativitet. En person, exempelvis en läkare som enbart har vetande men inte har tränat, varken på egen hand eller med hjälp av handledare, är inte till stor hjälp för sina patienter. I motsats till vetande, som kan förbättras genom att man läser fler läroböcker eller vetenskapliga artiklar, utmärker sig kunnandet av att det sällan är något man kan läsa sig till, även om man försöker med vårdprogram och checklistor. Man måste träna vid många tillfällen och vissa läkare säger att det tar mer än tio års arbete inom en specialitet för att kunna uppnå tillräckliga färdigheter, i exempelvis kirurgiska ingrepp eller i samtal med patienter. I kunnandet ingår mycket s.k. *tyst kunskap*. Se vidare *kunskap*.

Kunskap kan uppdelas i *vetande* och *kunnande*.

Skillnaden mellan vetande och kunnande kan illustreras genom det som den praktiskt verk-samma läkaren kan. Vetandet motsvarar den lärobokskunskap som läkaren har lärt sig genom sin utbildning och vidareutbildning. Kunnandet är det läkaren lärt sig genom att ha sett många patienter. Därmed har denne utvecklat sin förmåga att kunna skilja mellan sjukt och friskt och att skilja mellan diagnoser, lärt sig att improvisera och att lärobokens kriterier och definitioner inte alltid räcker till, s.k. *tyst kunskap* måste också utvecklas. Utvecklingen från novis till expert (över stadierna avancerad nybörjare, kompetent och skicklig) sker på så sätt att vetandet glider i bakgrunden och kunnandet blir mer och mer framträdande. Kunnande handlar både om kirurgens fingerfärdighet såväl som psykiaterns samtalsfärdighet, samt bådas förmåga att bemöta den enskilda patienten på ett adekvat sätt.

Vanligtvis anser man att det enbart är genom ett ökat vetande som vi kan förbättra vårt kunnande, men bland annat färdighetskreativiteten kan ge anledning till nya sätt att förhålla sig till eller behandla patienter och genom att studera exempelvis äldre läkares sätt att hantera dilemman eller problem kan aspekter av kunnande även bidra till att utveckla vårt vetande. Se också *tillämpad etik* och *färdighetskreativitet*. Utöver härmning och färdighetskreativitet bidrar träning på egen hand såväl som med handledare till utveckling av kunnandet.

Kunnandet gäller alltså i första hand praktisk färdighet, dvs. att veta **hur** man gör något, exempelvis spelar bluesgitarr. Vetande gäller i stället att veta att något förhåller sig på ett visst sätt, exempelvis att den pentatoniska bluesskalan innehåller fem toner. Vetande kallas därför ibland för **propositionell kunskap**, dvs. kunskap om propositioner eller påståenden. Propositionell kunskap beskrivs ofta som vetenskapens mål – kunskap som sedan kan omvandlas till tekniska och praktiska användningar. Sedan Platon har man traditionellt ställt tre krav för att hävda att man vet något, dvs. har propositionell kunskap, om exempelvis påståendet att

vaccination skyddar mot smittkoppor: 1) att man tror att vaccination skyddar mot smittkoppor, dvs. att man har uppfattningen, trosföreställningen eller att man håller det för sant att vaccination skyddar mot smittkoppor, 2) att vaccination verkligen skyddar mot smittkoppor, dvs. att det är sant det man tror, samt 3) att man har goda skäl för att vaccination skyddar mot smittkoppor, dvs. att man har belägg för sin trosföreställning. Krav 1) kommer sig av att vetande alltid är någons eller någras vetande och att det är märkligt att säga att man **vet** något men inte tror på det. Krav 2) kommer sig av att det är lika märkligt att säga att man **vet** något som inte är fallet. Om man får reda på att något man trodde på inte stämmer skulle man säga att man trodde att man visste att detta var fallet men hade fel. Krav 3) kommer sig av att man kan tro något som faktiskt stämmer utan att ha något som helst belägg för det och att det då är märkligt att säga att man vet att det är så. Man kan exempelvis tro att Vintergatan har ett udda antal stjärnor. Låt oss vidare anta att detta är sant. Dock skulle man inte säga att man vet detta med mindre än att det finns belägg, exempelvis i form av att man faktiskt räknat efter noggrant. Propositionell kunskap är därför åtminstone sann och välgrundad tro.

Vetenskapliga teorier kan beskrivas som sammanhängande system av propositioner, och vetenskapliga undersökningar utförs för att producera goda skäl för dessa. Traditionellt har man räknat med två sätt på vilka man kan ge goda skäl för propositioner, nämligen med hjälp av erfarenhet och förnuft. I den empiriska traditionen, som bland annat representeras av *Hume*, lägger man störst vikt vid det förstnämnda och i den rationalistiska, som bland annat representeras av *Descartes*, vid det sistnämnda. I modern vetenskap råder i praktiken en slags kompromiss mellan empiriska och förnuftsmässiga metoder, där tonvikten läggs vid den förra, men där olika discipliner i första hand använder sig av någon av dem. I humanistiska vetenskaper som historia, etnologi, lingvistik och psykologi såväl som samhällsvetenskap och naturvetenskap producerar man belägg framför

allt med hjälp av empiri, exempelvis med olika former av *induktion* samt *hypotetisk-deduktiv metod*. I matematik, logik och filosofi använder man sig i högre grad av förnuftet som metod, med *deduktion* inom matematik och logik och exempelvis *reflektivt ekvilibrium* som metod inom etiken, som dock också är förenlig med en hög grad av empiri.

Inom de empiriska vetenskaperna finns en skillnad mellan mekanismvetande och korrelationsvetande. Att ha mekanismvetande är att känna till hur något *orsakar* något annat närmare bestämt, medan korrelationsvetande består av kunskap om att två typer av företeelser regelmässigt hänger ihop (se *orsaksförklaringar*). Det finns en diskussion om huruvida induktion någonsin kan producera något annat än korrelationsvetande. Se *induktion* och *Hume*.

LITTERATUR: Föllesdal et al. 2001, Johansson et al. 2008, Lehrer 2000.

Kvacksalveri är ett gammalt uttryck för icke behöriga behandlare av människor med medicinska problem. Själva ordet kvackeri är ett uttryck för de ankliknande ljud ("kvack-kvack") som kvacksalvaren gav ifrån sig när han (ofta) reste från plats till plats för att sälja sina läkemedel/medikamenter.

I princip handlar kvacksalveri om när personer som inte anses ha erforderliga medicinska kunskaper genomför diagnostik och behandling som inte är i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, dvs. även legitimerad sjukvårdspersonal som går över gränsen för sin professionella kompetens. Dock är det sällan att man talar om kvacksalveri då behandling eller diagnostik utförs av legitimerad sjukvårdspersonal.

I slutet av 1980-talet ändrades den svenska kvacksalverilagen så att det i dag är mycket svårt att bli anklagad för kvacksalveri. De gäng-er kvacksalveri kommer på tal sker det speciellt i samband med att icke legitimerade personer behandlar patienter (speciellt barn) med allvarliga sjukdomar som cancer, diabetes eller smittosamma sjukdomar som skulle kunna ha behandlats adekvat med gängse metoder. Det

finns då risk för att patienten genom kvacksalveriet inte får adekvat behandling och som en följd utsätts för risk eller skadas eller i värsta fall avlider. Eftersom beslutskapabla patienter har rätt att (med undantag för vissa smittosamma sjukdomar) själva välja behandlare är det sällan patienter som själva har valt att bli behandlade med exempelvis *alternativmedicinska* metoder och av icke-legitimerad person som väcker frågor om kvacksalveri i *H SAN* eller i andra sammanhang. När det någon enstaka gång aktualiseras gäller det ofta barn.

LITTERATUR: SOU 1989:63

Kvalitativa (och kvantitativa) metoder

brukar förknippas med humanvetenskap och s.k. mjuka data i motsats till kvantitativa metoder som vanligen förknippas med naturvetenskap och s.k. hårda data. Båda typerna av data är av empirisk karaktär men där de kvalitativa data leder tanken till intervju och (subjektiv) tolkning av texter, associeras kvantitativa data med mätningar och siffror. Men både kvalitativa och kvantitativa metoder baseras på observation som kan vara och ofta är både teori- och värdeimpregnerade. Både kvalitativa och kvantitativa metoder innehåller också ett tolkningsmoment eftersom det som kvantitativa data (siffror) refererar till, i alla fall inom de empiriska vetenskaperna – i motsats till matematiken, är kvantiteter av en kvalitet. Exempelvis är angivelsen av att en människa väger 72 kilo en kvantifiering av kvaliteten massa. Om jag på en visuell analogskala från 1 (låg) –10 (hög) ska ange hur lågt eller högt jag skattar min livskvalitet eller smärta, så anger vi en kvantitativ skattning av något kvalitativt.

Det som egentligen skiljer det kvalitativa från det kvantitativa är att när vi använder oss av kvantitativa metoder tar vi det kvalitativa för givet, och vi kan mer eller mindre operatiskt arbeta med kvantitativa mått, som exempelvis när den norska läkaren Dag Albom genomförde sina studier av medicinska *specialiteters* och *diagnosers prestige*. När vi använder kvalitativa metoder utgår vi inte på samma sätt ifrån att de kvalitativa aspekterna är proble-

matiska. Det gäller till exempel hur man ska tolka texter och begrepp som inte är helt väldefinierade, exempelvis det psykoanalytiska begreppet omedvetandet och dess betydelse för våra handlingar (se *Freud* och *hermeneutik*). Det finns alltså anledning att ifrågasätta den strikta uppdelningen mellan naturvetenskap och humanvetenskap och vetenskapernas användning av kvalitativa och kvantitativa metoder. Inom vissa områden av naturvetenskapen utgör tolkningen och *hermeneutiken* centrala inslag. Det skulle exempelvis vara svårt att förstå och förklara upptäckten av DNA-molekylens struktur i termer av enbart kvantitativ forskningsmetodik. I mycket socialmedicinsk och epidemiologisk forskning som ofta baseras på enkätvar utgör också mer kvantitativa och mer kvalitativa metoder värdefulla komplement för att utforma enkäter på ett sätt så att resultaten får både god validitet (svarar på det man är intresserad av) och reliabilitet (ger entydiga svar). Man börjar ofta med en intervjustudie för att se hur människor kan reagera på och tolka de frågor som ställs. Resultaten från sådana studier kan sedan användas för att utforma enkäter där risken för vaghet och mångtydighet i formulering av frågor minimeras för att ge en bild av en större populations uppfattningar. Den erfarenhet som finns i samhällsvetenskaperna av en sådan tvåstegsraket får allt större genomslag också i medicinen.

LITTERATUR: Johansson et al. 2008, Kvale 1997.

Kvantitativa metoder, se *kvalitativa metoder*.

Kvalitetsjusterade levnadsår (quality-adjusted life-year = QALY) är en skala baserad på individens personliga önskingar och värderingar och är ett försök att med hjälp av kvantitativa mått jämföra olika behandlingar, inte bara med avseende på överlevnadstid utan även med avseende på förväntad livskvalitet under de kvarvarande åren eller tiden i livet. Ett år med perfekt hälsa = (är lika med) en QALY och döden = 0. Eftersom vissa sjukdomar och tillstånd innebär olidlig smärta kan detta upp-

fattas som något värre än döden, och skalan kan därför även vara negativ. Man använder sig av en speciell funktionskala (health state utility score) som är relaterad till en persons förmåga att fungera i fem olika avseenden. 1) Förmågan att kunna förflytta sig (i termer av inga problem, vissa problem och sängbunden), 2) smärta/obehag (i termer av inga smärtor, måttliga smärtor och extrema smärtor), 3) förmågan att klara sig på egen hand (i termer av inga problem, vissa problem och behöver hjälp med allt), 4) ångest/depression (i termer av inga problem, måttliga besvär och extrema besvär), och 5) dagliga aktiviteter (i termer av inga problem, vissa problem och extrema problem). På ett år med ett utility score på 0,5 produceras en halv QALY. Med utgångspunkt i ovanstående kan man sålunda jämföra en behandling A som genererar fyra år med ett utility score på 0,75 (= tre QALY) med en behandling B som genererar fyra år med ett score på 0,5 (= två QALY), och A kan sålunda sägas vara en QALY bättre än B. Man vill dock även gärna kombinera detta mått med kostnaderna och man använder sig då av en s.k. cost-utility ratio som är beräknad som differensen mellan kostnaderna för behandling A minus kostnaderna för behandling B dividerat med differensen mellan antalet QALY för A minus antalet QALY för B. Måttstocken blir då pris i kronor per QALY. En njurtransplantation skulle sålunda uppskattningsvis kunna kosta 50 000 kr per QALY medan hemodialys skulle kunna kosta 200 000 kr per QALY. Ett neurokirurgiskt ingrepp som följd av ett trauma skulle kosta cirka 100 000 kr per QALY medan

ett neurokirurgiskt ingrepp vid en hjärntumör uppskattningsvis skulle kosta 1 000 000 kr per QALY.

Som framgår är QALY-begreppet ett försök att genomföra *utilitaristiska* skattningar i samband med beräkning av konsekvenserna av en behandling i jämförelse med konsekvenser av en annan. Se också *kostnadseffektivitet*.

LITTERATUR: Beauchamp et al. 2001.

Känn dig själv (grekiska "gnothi sauton") är ett uttryck från Sokrates (ca 470-399 f.v.t.) och det faller väl i linje med upplysningsfilosofins tradition där man utgår från att om bara människor är upplysta och känner sig själva, dvs. undviker självbedrägeri, så kan de bli rationella och dygdiga personer. I den mån som brist på information kan bidra till att jag bättre kan ljuga för mig själv kan appellen till att känna dig själv inte tillgodoses. Den upplysningsfilosofiska traditionen i kombination med den sokratiske appellen kan alltså kontrasteras med självbedrägeri, som omedelbart kan låta som något man alltid bör undvika. Men ibland, exempelvis då man mottar svåra besked om en allvarlig sjukdom, kan självbedrägeriet fungera som en överlevnadsstrategi. Se också *självbedrägeri*.

LITTERATUR: Pahuus 1975.

Könsperspektiv, se *genusperspektiv*.

Könssjukdomar, se *STD* och *aids*.

L

Lagen om alltings jävlighet eller Murphys lag säger att allting som kan gå galet faktiskt går galet – ett uttryck för när man har extrem otur. Om man tror att nu kan det bara inte hända flera missöden så händer det ändå och många gånger är reaktionen då: Det var bara det som fattades för att oturen skulle bli komplett.

Lagen om dubbla avsikter, se *motivförändring*.

Lagen om dubbla effekter, se *doktrinen om dubbla effekter*.

Ledtrådsparadigmet är ett uttryck som stammar från idéhistorikern Carlo Ginzburg som uppmärksammat likheten mellan Freuds arbetsmetod och den italienska 1800-talsläkaren Giovanni Morellis intresse för detaljer i arbetet med att avslöja förfalskningar inom måleriet. Ginzburg anser att Morelli faktiskt var inspirationskälla för Freud, och han jämför vidare Morelli och *Freud* med Sherlock Holmes arbetsmetoder. Morelli ansåg att det var genom de små detaljerna som en målare satte sitt eget kännetecken på en tavla. Det stora motivet kan ju vara lika för många konstnärer inom en epok, t.ex. bildmotivet på en madonna med Jesusbarnet, men om man fokuserar på hur konstnären avbildar personernas öron (öronmusslan) eller fingrar (nagelband) så kan man tydligt se skillnad. När Sherlock Holmes arbetade fokuserade han också oftast på små udda detaljer som vi som läsare vid en första omgång inte ens lägger märke till. I romanen Baskervilles hund är det den omedelbart underliga observationen att någon stjal en gammal sko och inte en nyinförskaffad som är utgångspunkten för Holmes tolkning av hela historien. En gammal sko

(och inte en ny) kan ju användas för att en hund ska kunna spåra (lukta sig till) skons ägare. På samma sätt använde Freud felsägningar som en av ingångarna till en analys av det omedvetna och därmed till lösningen av intrapsykiska konflikter som han antog låg till grund för neurotiskt beteende. Freud gick tillväga på så sätt att han lät patienten berätta om sig själv. Freud var dock (som Morelli) helt ointresserad av den kanske grandiosa (eller förljugna) bilden som patienten kunde ge av sig själv, utan han vände på felsägningen som kunde leda honom på rätt spår. Ginzburg talar i enlighet med detta om ledtrådsparadigmet. Se vidare *hermeneutik* och *självedrägeri* samt *meningsmani*.

LITTERATUR: Ginzburg 1989.

Legal abort är en av samhället sanktionerad (laglig) abort där den gravida kvinnan inom vissa tidsramar kan begära att få avbryta graviditeten. Se *abort*.

Legender är berättelser där man idealiserar och skapar en myt om en person eller en händelse. Vi har tillsynes ett behov av legend, både religiösa, politiska och vetenskapliga. Gemensamt för dessa är våra reaktioner om sådana legend ifrågasätts. Den som ifrågasätter en politisk legend kan uppfattas som landsförrädare, den som ifrågasätter en religiös legend kan uppfattas som en kättare. Reaktionen uteblir inte heller då vetenskapliga legend ifrågasätts. Se vidare *vetenskapliga legend* och *paradigmskyddande tekniker*.

Lepra eller spetälska är en smittsam sjukdom som dock fram till upptäckten och isoleringen av leprabacillen under 1880-talet ansågs vara Guds straff för ett syndigt leverne och även

innan dess också uppfattades som en ärftligt betingad sjukdom. Blev möjligen under vissa faser förväxlad med syfilis som också ansågs vara straffet för ett syndigt liv och sålunda *skamlig*. Sjukdomen yttrar sig genom sårbildning och nedbrytning av vävnader med påföljden att patienterna blir mer eller mindre kroppsligt vanställda. Även om man fortsatte att isolera leprasjuka fram till penicillinets framkomst innebar Amauer Hansens upptäckt och Neissers isolering av leprabacillen en stor minskning av skuldbördan för dessa patienter. Se även *Amauer Hansen* och *Neisser*.

Lex Maria eller lex Maria-anmälan är ett uttryck för sjukvårdspersonalens skyldighet att själv anmäla handlingar som står i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det kan också röra sig om avvikelser som medför att en patients säkerhet kan eller har äventyrats. I dag är det vanligen en chefsläkares uppgift att avgöra om en handling (inklusive en underlåtenhetshandling) har äventyrat patientsäkerheten och att sedan eventuellt anmäla ärendet till Socialstyrelsen, som i sin tur kan göra en egen bedömning eller skicka ärendet vidare till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Namnet lex Maria kommer från en händelse 1936 på Mariasjukhuset i Stockholm där fyra patienter med rätt banala sjukdomar avled till följd av att man förväxlat ett bedövningsmedel med ett desinfektionsmedel som olyckligtvis och av misstag injicerades. Det har härefter blivit rutin att i syfte att öka patientsäkerheten rapportera alla avvikelser som potentiellt kan äventyra eller faktiskt har äventyrat patientsäkerheten.

Lex Sarah är i analogi med lex Maria en anmälningskyldighet bland personal som kommer underfund med missförhållanden inom den kommunala äldre- eller handikappomsorgen. Om personal observerar övergrepp (psykiska, fysiska, sexuella eller ekonomiska) som begåtts av personal, andra boende, släktingar eller närstående, ska sådana missförhållanden anmälas till ansvarig chef som sedan ska avgöra

om ärendet ska föras vidare till tillsynsmyndigheten (som i dessa fall är länsstyrelserna). Lex Sarah regleras via socialtjänstlagen och har sitt ursprung i ett tv-reportage 1997 med en undersköterska, Sarah Wagnert, som uppmärksammade missförhållanden och vanvård på ett vårdhem i Solna. Detta ledde 1999 till att det lagstiftades på området. Se också *whistleblowers*.

Lidande är ett mentalt tillstånd hos individer, människor eller djur, som är negativt för den aktuella individen. Det finns i grunden två typer av lidande som man bör skilja åt. Den första typen handlar om lidande i den meningen att man värderar sitt liv eller sin nuvarande situation negativt. Enligt denna syn innebär alltså lidande att personen har en negativ inställning till sitt eget liv eller sin egen situation. Den andra meningen av lidande är vanligare: lidande som subjektivt obehag eller illabefinnande, dvs. att det "känns dåligt på insidan". Det handlar då om ett affektivt tillstånd snarare än en värdering av situationen. Ofta består detta subjektiva obehag momentant i olika former av känslor, som kan indelas i tre typer: plågsamma kroppsliga förmimmelser, som smärta, andnöd, trötthet, illamående, hunger, etc.; emotioner, som rädsla, sorg, oro, ilska, skam, ånger, förtvivlan, etc.; och stämningar, som ångest, nervositet, irritabilitet, nedstämdhet etc. Det som skiljer stämningar från emotioner är att stämningar saknar ett bestämt förhållande de är riktade mot; därför kan exempelvis ångest vara en emotion såväl som en stämning, nämligen om den har ett bestämt intentionalt objekt, dvs. det är något visst man har ångest för och man talar då snarare om rädsla. En stämning är däremot en grundton i ens upplevelser som påverkar hur man ser på världen i allmänhet. När man talar om existentiellt lidande är det ibland denna sorts stämning man är ute efter och ibland tanken om att man värderar sin situation eller sitt liv som helhet negativt, alltså den förstnämnda betydelsen av lidande. En mellanvariant av dessa två synsätt på lidande är tanken att lidande består av en negativ värde-

ring av ens tillfälliga upplevelser. Enligt denna idé lider inte masochister när de plågas, eftersom smärtan inte innebär något lidande om de uppskattar den.

Den intressanta frågan ur en etisk synvinkel är vilken typ av lidande som är dåligt för en individ. Här har alla typer av lidande hävdats ha negativt egenvärde, dvs. vara dåligt för den som upplever det. Att någon typ av lidande har negativt *egenvärde* och därmed bör undvikas för sin egen skull anses dock vara okontroversiellt. Därför är undvikande av lidande en av den medicinska etikens mest grundläggande principer, vilket delvis kommer till uttryck i *icke skada-principen*. Frågan om patienters lidande aktualiseras därför i en mängd konkreta vårdfrågor, exempelvis när det gäller outhärdligt lidande i livets slutskede, där man inom den palliativa medicinen kan hjälpa sådana patienter så att de får sova in i döden (se *palliativ sedering* och *kvalitetsjusterade levnadsår*). Vissa har i sammanhang som dessa hävdat att livet på grund av lidandet för personen kan ha ett så lågt värde att döden kan vara att föredra framför ett fortsatt liv. Men det kan också finnas dem som av religiösa skäl anser att lidandet skapar mening och för dem närmare Jesus. Begreppet lidande har också stor relevans inom konsekvensetiken, särskilt inom den *hedonistiska utilitarismen*, enligt vilken lidande är det enda som har negativt egenvärde.

LITTERATUR: Brülde 2003, Brülde 2007.

Lime, Harry är namnet på huvudpersonen i Orson Welles film *Den tredje mannen*, en film som baseras på en roman av Graham Greene. Lime var en *samvetslös* svartarbörshaj i efterkrigstidens Wien där han bland annat sålde utspädd antibiotika till ett barnsjukhus, vilket fick ödesdigra konsekvenser för barnen. Rollfiguren Harry Lime, som spelas av Orson Welles själv, är mest berömd för sitt försvar av sin kreativa ”entreprenörverksamhet” då han jämför denna med den italienska renässansfursten Borgias (1475–1507) styre. Följande citat är från filmmanuskriptet, det återfinns inte i Greenes förlaga och det sägs att det var Orson Welles själv

som kom på det: ”In Italy for 30 years under the Borgias they had warfare, terror, murder, bloodshed. But they produced Michelangelo, Leonardo da Vinci, and the Renaissance. In Switzerland they had brotherly love, they had 500 years of democracy and peace, and what did they produce? The cuckoo clock!” Även om citatet innehåller historiska påståenden som sannolikt är felaktiga har liknande resonemang framförts av *Mandeville*.

Lindra är ett begrepp som brukar kopplas till de två begreppen bota och trösta. Man ska först försöka bota, kan man inte bota bör man försöka lindra, och kan man inte lindra bör man trösta. Detta är ett talesätt som ofta tillskrivs Hippokrates, men det är oklart vilka texter man då refererar till. Inom dagens sjukvård har möjligheterna att lindra ökat, exempelvis genom smärtbehandling och genom att även i livets slutskede ge palliativ eller terminal sedering så att man kan sova in i döden. Se *hospice* och *palliativ medicin*.

Lissabondeklarationen utfärdades av World Medical Association 1981 (senast reviderad 2005) och den behandlar läkarens relation till sina patienter och förtydligar en rad patienträttigheter. Se *patienträttigheter*.

Livets helgd är en grundläggande moralisk princip som säger att det alltid är fel att döda en oskyldig människa, åtminstone om dödan- det är avsiktligt och aktivt. Enligt principen om livets helgd finns det därmed en självklar lösning på *pacifistens dilemma*: Man ska under inga omständigheter döda någon annan människa, inte ens för att rädda nio andra. Principen om livets helgd innebär dock sällan någon radikalpacifism, eftersom den ofta förenas med tanken att man kan förverka sin rätt till liv, framför allt genom att ta någon annans liv. Med andra ord brukar en slags *förtjänstprincip* förenas med principen om livets helgd. Principen om livets helgd brukar däremot förenas med ett förbud också mot att ta det egna livet och *själv-mord* antas vara förkastligt.

Termen livets helgd kommer av att principen ofta anammats av åtminstone de monoteistiska religiösa traditionerna, som menar att den är ett uttryck för att livet är något heligt. Detta ska inte tolkas som att allt biologiskt liv har egenvärde, utan principen gäller mänskligt liv. Inte heller är allt mänskligt liv heligt, eftersom principen normalt inte antas gälla dem som genom tillräckligt allvarliga brott gjort sig förtjänta av att dö.

Inom moralfilosofin har principen försvarats framför allt inom *pliktetiska* eller *deontologiska* teorier, som *Kants* moralfilosofi. Kant själv tänkte sig att det absoluta förbudet mot dödande hade sin grund i det *kategoriska imperativet*, enligt vilket resonemanget blir ungefär som följer. Det kan inte vara en allmän lag att vi försöker ha ihjäl varandra så fort vi tror att det gynnar oss, eftersom detta skulle leda till ett allas krig mot alla där det skulle bli svårt att förverkliga några avsikter alls, inklusive avsikten att döda en annan (se *reductio ad absurdum-argument*).

Principen om livets helgd har dock inte ansetts oförenlig med allt dödande av oskyldiga. Exempelvis har vissa tänkt sig att oavsiktligt dödande är förenligt med principen. Om syftet med att exempelvis ge en svårt lungcancersjuk patient en hög dos morfin är att lindra dennes lidande, så är det tillåtet, även om man kan förutse att det (i alla fall i livets slutfas) påskyndar patientens död. Däremot är det förbjudet att avsiktligt döda någon för att lindra dennes smärta. Med andra ord kan principen vara förenlig med *doktrinen om dubbel effekt*. Vidare gäller förbudet mot att aktivt döda någon, inte att låta någon dö genom att avstå från behandling. *Passiv dödshjälp* brukar därmed anses förenligt med principen om livets helgd.

LITTERATUR: Glover 1977, Tännjö 2001.

Livräddande behandling är medicinska åtgärder som om de inte sattes in skulle göra att patienten avled. Att exempelvis avstå från att operera och att ge blod till en patient med mjäl-truptur och som blöder ymnigt, skulle leda till att patienten skulle avlida. Operation och blod-

transfusion kan sålunda i detta sammanhang sägas vara livräddande. Livräddande behandling kan också vara penicillin till en patient som utan denna behandling skulle avlida. Se också *livsuppehållande behandling*.

Livskvalitet är namnet på de företeelser som gör en individs liv bättre eller sämre för den individen. Det som vanligen avses i litteraturen är då sådant som i sig gör individens liv värt att leva snarare än sådant som leder till det som i sig gör personens liv värt att leva, dvs. livskvalitet handlar om *egenvärden* snarare än instrumentella värden. För att ta ett exempel: Om någon säger att det är fiske som ger hans liv kvalitet, så är det sannolikt för att denna verksamhet upplevs som rofylld och tillfredsställande för honom. Om fisket gjorde personen frustrerad och nedstämd skulle han med största sannolikhet inte bedöma det som en del av hans livskvalitet. Därmed är fisket ett medel eller instrument med vilken han uppnår livskvalitet snarare än själva livskvaliteten själv, som då består i den ro och tillfredsställelse han känner av att fiska. Med andra ord berör livskvalitet personligt egenvärde. Vissa skulle säga att ett av vårdens viktigaste mål är att bidra till individens livskvalitet.

Det finns i huvudsak tre teorier om livskvalitet: *hedonism* – att vad som känns bra för individen är bra för henne, *preferentialism* – att individen får sina önskemål tillfredsställda är bra för henne, samt *perfektionism* – att individen presterar vissa saker är bra för henne. Det finns vidare olika metoder för att mäta livskvalitet. Se *kvalitetsjusterade levnadsår*.

LITTERATUR: Brülde 2003.

Livstestamente eller advance directive innebär att en individ kan skriva ned hur vederbörande vill ha det om han skulle bli allvarligt sjuk och då inte längre vara förmögen att svara på frågor om exempelvis vilka behandlingar han önskar eller inte önskar. Det kan exempelvis gälla livsuppehållande behandling i livets slutskede eller då man hamnat i ett *permanent vegetativt stadium*. Man kan i detta sammanhang

stöta på beteckningen vårdriktiv. I vårdriktiv kan man förtydliga hur man ställer sig till organdonation om man skulle drabbas av en total hjärninfarkt. Livstestamenten kan också beröra hur man vill vårdas och ha det generellt när man inte längre är beslutskapabel, exempelvis på grund av demens. Livstestamenten kan dock ha det praktiska problemet att de inte är formulerade tillräckligt precist för att täcka de situationer som faktiskt uppkommer (se exempelvis *icke-terapeutisk intensivvård*). Ett annat mer principiellt problem med livstestamenten är att man kan ändra sig under livets gång och det man ansåg som värdefullt i ett skede av livet kanske har ändrat sig den dag man står i en kritisk situation utan att man då hunnit meddela att man ändrat åsikt eller värderingar. Om man i ett skede av livet, exempelvis som 30-åring, tror man vet bäst hur man vill ha det när man är 80 år, kan man hamna i det man benämner *själv-paternalism*.

Ett livstestamente/advance directive kan vara både muntligt och skriftligt. Finns det inget livstestamente/advance directive eller vårdriktiv kan ett vikarierande beslut baseras på 1) vad läkaren eller teamet anser är i patientens bästa intresse (paternalistisk bedömning), 2) indikationer man kan få via patientens reaktioner på olika stimuli, exempelvis en patient med diagnosen senil demens som drar ur näringsdropp eller 3) en s.k. hypotetisk vilja där man utgår från vad patienten skulle ha givit uttryck för om han eller hon hade varit beslutskapabel. Det sistnämnda kan vara svårt att värdera med mindre än att patienten har varit mycket tydlig med sina önskningar och preferenser under tidigare skeden av livet och under förutsättning att de närstående kan redovisa dessa. Även om detta skett kan personen under olika faser i sitt liv ha haft olika preferenser och värderingar, i vilket fall det inte är självklart vilken av dessa viljor man ska gå på: den mest ihållande under livet, den som var uttryck för personen när han själv bedömde sitt liv som bäst, den som kom till uttryck närmast innan testamentet blev aktuellt även om han var lätt förvirrad då, den som hamnade på pränt etc. Även om det kan

Lova mig att om jag skulle bli äldre än 40 år så måste ni döda mig även om jag då skulle motsätta mig detta!



Självpaternalism?

finnas risk för att en individ kan ändra åsikter och värderingar under livet så är ett livstestamente/advance directive eller vårdriktiv av stort värde vid bedömningen av hur en icke beslutskapabel sjuk patient vill ha det eller inte ha det.

LITTERATUR: DeGrazia 2005, SOU 2004:112.

Livsuppehållande behandling är medicinska åtgärder som om de sätts ut är oförenliga med fortsatt liv. Om man sätter ut nutrition, vätsketerapi, dialysbehandling, respiratorbehandling, vätskedrivande medicin vid hjärtsvikt eller insulin till en patient som lider av diabetes, så innebär det att patienten förr eller senare avlider. En förutsättning för fortsatt liv är alltså att patienten fortsätter med behandlingen som på detta sätt kan sägas vara livsuppehållande. Se också *avbryta en behandling*.

Livsåskådning är vanligen ett uttryck för människors grundläggande och kanske också välgrundade uppfattningar om människans natur och värderingssystem. Det finns dock flera olika uppfattningar om hur omfattande

livsåskådningsbegreppet är. Vissa vill inkludera även världsåskådning medan andra ser livsåskådning som religiösa eller etiska axiom. Fokuserar man på den grundläggande uppfattningen om människans natur, villkor och möjligheter kan det vara svårt att skilja mellan livsåskådning och *människosyn*. Vanligen uppfattas dock livsåskådning som ett bredare begrepp. *Humanismen* liksom vissa religiösa föreställningar och värdesystem beskrivs sålunda ibland som livsåskådningar. Se till exempel *buddism, daoism, islam, judendom, konfucianism* och *kristen etik*.

Ljuga innebär att man medvetet vilseleder andra människor genom att säga något som man själv inte tror är fallet. Normalt räknas lögn som särskilt upprörande när den som ljuger är medveten om hur det faktiskt ligger till och avsiktligt försöker få den han ljuger inför att tro att det är på ett annat sätt. Ljugandet anses vanligen som orätt och det kan ges olika skäl för detta, både pliktetiska, utilitaristiska och dygdetiska. Aristoteles sade till exempel att lögnen i sig är tarvlig och klandervärd, och att sanningen däremot är ädel och lovvärd. Han förenklade dock lite eftersom man kan säga icke-sanningar utan att ljuga, om man har fel om hur det faktiskt ligger till. Man kan också ljuga eller förfara bedrägligt genom att säga sanningen. Kaptenen på ett skepp som är trött på förste styrmannens supande skriver till sist i loggboken för alla att läsa: "I dag var styrmannen berusad." När förste styrmannen läser detta blir han upprörd och skriver: "I dag var kaptenen nykter!" Trots att detta är med sanningen överensstämmande ger ett sådant påpekande vid handen att kaptenen brukar vara onykter, vilket visar att sanningen sagd i vissa sammanhang kan vilseleda och därmed fungera som en lögn. Det Aristoteles var ute efter var dock att icke-lögnen inte kräver någon ursäkt eller förklaring, till skillnad från lögnen. Som den svensk-amerikanska filosofen, Sissela Bok, skriver i sin bok Att ljuga kräver lögnen ett berättigande medan att tala sanning normalt inte gör det. Eftersom de flesta människor försöker tala sanning och utgår ifrån att

andra också gör det kan man uppfatta att den som ljuger utnyttjar situationen och ställer sig ovanför den allmänna moralen; man kan tala om att den som ljuger åker snålskjuts på sanningen eller som Kant skulle säga: *parasiterar* på sanningen.

Som sagt finns det flera idéer om vad som är fel med att ljuga. En är den redan nämnda kantianska, dvs. att ljuga är att göra ett undantag för sig själv man inte skulle vara beredd att medge för andra, eftersom lögnen inte kan upphöjas till allmän lag, eftersom om alla ljög hela tiden skulle ingen lita på någon och lögnen skulle inte vara möjlig. Enligt detta synsätt är det alltid fel att ljuga. Många anser emellertid att detta synsätt är för strängt och kantigt, eftersom vissa lögnen åtminstone ter sig mer ursäktliga än andra (se *vita lögner*). Enligt ett mer pragmatiskt eller konsekvensetiskt synsätt är lögnen som regel fel, bland annat eftersom den undergräver ömsesidigt förtroende. Om en lögn krävs för att rädda liv eller bespara någon väldigt mycket smärta kan den emellertid vara berättigad. I Ibens pjäs *Vildanden* kan sanningssägaren Gregers Werle stå för sanningssägandet som ett absolut värde, medan familjeläkaren Relling intar en mer pragmatisk hållning och vill låta familjen leva i villfarelsen att Hjalmar är Hedvigs biologiska far. Ett annat problem med lögnen är att den undergräver autonomi för den man ljuger för. För att kunna genomföra sina planer måste man ha korrekt information om sakförhållandena, vilket lögnen undergräver.

Enligt Augustinus finns det åtta typer av lögner som går från de svåraste till de lättare men där samtliga ska uppfattas som synder; enligt Thomas av Aquino finns det tre slags lögner: 1) de tjänstaktiga, välvilliga eller nyttiga lögnerna, 2) de lekfulla lögnerna som kan uppfattas som skämt och 3) de skadliga och illvilliga lögnerna. Enligt Thomas av Aquino är det enbart de sistnämnda formerna av lögner som utgör döds synd. Frågan är då om det finns situationer där ljugandet kan försvaras eller där det är mindre föreglygt att använda lögn? Om vi exempelvis för att vara hövliga talar om att

vi ser upp till en person som vi kanske egentligen inte högaktar, är det då förkastligt? En lögn kan alltså vara en del av några hövlighetsritualer, men kan också vara till för att man vill ställa sig in, smörja eller fjäska, eller åtminstone inte stöta sig med någon. Tänk t.ex. på eleven som efter en lektion kommer fram till läraren och säger att föreläsningen var mycket intressant, kanske med syftet att få bättre betyg. Om man till exempel i en ansökning till en tjänst eller för att få forskningsanslag anger att man gjort saker som man inte har gjort, exempelvis anger man att ett arbete är antaget för publicering när det faktiskt inte är accepterat eller att man har erfarenhet av viss metod (klinisk eller vetenskaplig) eller undervisning när man faktiskt inte har det, så vilseleder man dem som gör bedömningarna och uppträder illojalt mot konkurrenter som har redovisat korrekta meriter. Lögnen som medel för att uppnå egna fördelar är en sak, men är användningen av lögn eller bedrägligt beteende för att avslöja lögn och bedrägeri då acceptabelt?

Ibland talar vi också om nödlögner där den som ljuger gör det för att själv överleva, kanske i ett korrumpert samhälle eller i en hotfull situation. Lögnen kan också vara ett led i en maktstrategi som skulle kunna försvaras enligt *Machiavelli*. I medicinska sammanhang kan det också vara aktuellt att använda nödlögner som kan syfta till att skydda patienten för patientens eget bästa, s.k. paternalistiska lögner (se *medicinsk paternalism*). I kliniken diskuteras det också om det ibland kan vara försvarbart att ljuga eller åtminstone att avstå från att inte säga hela sanningen (se *kulturkrockar*). Det kan då vara relevant att skilja på den bedrägliga och vilseledande lögnen (som informationen om diagnosen "bad blood" i *Tuskegee Syphilis Study*) där man själv eller en grupp, exempelvis forskare, drar fördel av lögnen och den paternalistiskt motiverade lögnen, ibland refererat till som vit lögn, där den motiveras av hänsyn till patienten eller närstående. I ett samhälleligt perspektiv kan man också ibland motivera lögnen, om exempelvis finansministern blir tillfrågad om han/hon har för avsikt att devalvera eller när

en statsministerkandidat förnekar sina ambitioner. Se vidare *Machiavelli* och *parasitering* på sanningen eller trovärdigheten.

LITTERATUR: Bok 1980.

Lobotomi eller vita snittet (leukotomi) är ett neuro- eller psykokirurgiskt ingrepp där man skär av förbindelsen till hela eller delar av den främre delen av hjärnan, den s.k. pannloben eller frontalloben. Det var en behandling som utvecklades av den portugisiska neurokirurgen Antonio Moniz (1874–1955) för fall där indikationen var mycket svår och ångesten inte kunde behandlas på andra sätt. Moniz fick 1949 Nobelpriset i medicin för sin insats. Det finns dock risk för stora biverkningar med denna behandling. Dels kunde operationen misslyckas och patienten dö till följd av blödning eller infektion i hjärnan, dels blev många av patienterna personlighetsförändrade, möjligen gladare och fria från ångest men de kunde också ibland bli mer likgiltiga och intellektuellt avtrubbade. Indikationen för metoden kom sedan att utvidgas och en rad olika tillstånd utöver psykosjukdomar som schizofreni, blev föremål för lobotomi. Även barn och ungdomar blev i vissa fall lobotomerade. Lobotomin fick också dåligt rykte för att den genomfördes enligt nästan en löpande band-princip av neurokirurgen Walter Freeman, som ibland förevisade metoden genom att lobotomera två personer samtidigt på mindre än en kvart.

Med utvecklingen av neuroleptika och ångestdämpande mediciner (anxiolytika) minskades användningen av lobotomi, för att helt upphöra under 1960-talet. Det är framför allt den oförutsägbara effekten och resttillståndet som bidragit till att man i dag har ifrågasatt lobotomering som behandlingsmetod. En modifierad och långt mer sofistikerad form av psykokirurgiska ingrepp görs i dag i sparsam omfattning, s.k. kapsulotomi där man stereotaktiskt skär av eller med hjälp av laser behandlar mer specificerade områden. Behandlingen används för bland annat svåra tvångssyndrom och depressioner, ibland med goda resultat. Man har därför diskuterat om inte metoden underanvänds på

grund av lobotomins mörka historia. Effekten av kapsulotomi är dock inte alltid gynnsam och om det finns en gynnsam effekt är den ibland ledsagad av olika biverkningar, som apati. Numera kan man också inplantera mikroelektroder i hjärnan som vid stimulering kan blockera främst svåra tvångssyndrom.

LITTERATUR: Kragh 2007, Rück 2006.

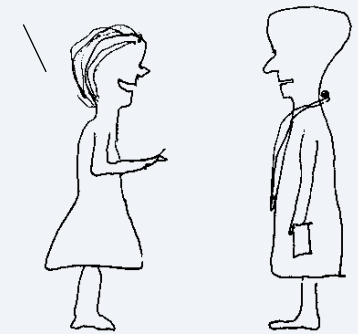
Lojalitet och lojalitetskonflikter kan uppstå i situationer då en läkare har flera aktörsroller som exempelvis att både vara den enskilda patientens doktor och samhällets doktor. Doktorn har av samhället (i Sverige) fått sin utbildning kostnadsfritt, och samhället har delegerat en rad uppgifter till doktorn, som exempelvis att avgöra vem som ska sjuk- eller friskförklaras, vem som ska bedömas som psykiskt sjuk och därför inte ansvarig för sina handlingar vid brott och därmed slippa straff, vem som ska tvångsbehandlas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller smittskyddslagen, vilka asylsökande som ska bedömas som i behov av medicinsk/psykiatrisk behandling och därmed inte kan avvisas, etc. I vissa kritiska situationer kan läkarens lojalitet sättas på prov, särskilt då lagstiftningen inte motsvarar patientens behov och läkarens etik, exempelvis vid vård av s.k. papperslösa som inte har laglig rätt att stanna i landet eller till annan vård än sådan som inte kan anstå. Detta kan ge upphov till konflikter med den allmänna medicinska principen att behandla de med störst behov först, alldeles oavsett ursprung eller juridisk status. Även läkarregler kan dock vara motsägelsefulla i sådana sammanhang då läkaren å ena sidan ska handla enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och därmed också enbart intyga sådant som kan dokumenteras och är i överensstämmelse med sanningen, å andra sidan ska läkaren alltid handla i enlighet med patientens intressen.

Exempel på en sådan problematik var exempelvis innan man 1975 införde abortlag och ny steriliseringslag. Den nya lagen innebar att en vuxen människa i en viss ålder själv får avgöra om han/hon vill låta sterilisera sig, exempelvis i syfte att inte få flera barn. Detta var tidigare

Visst har doktorn
tystnadsplikt?

Jovisst
har jag det!

Bra! Säg inte till
min man att jag har
sagt att han har
alkoholproblem. Han
söker dig i morgon
för värk i sitt knä.



Tystnadspliktens problem

inte lagligt eftersom man ansåg att det var kris i befolkningsfrågan. Friska kvinnor och män skulle få så många barn som möjligt och sterilisering av familjeplaneringsskäl ansågs som en slags okynnessterilisering. I denna situation hjälpte en del läkare familjer – mest kvinnor – så att de blev steriliserade. Ofta var det frågan om utslitna (s.k. utsläpade) kvinnor som redan fött 10 barn och som inte orkade med fler. En provinsialläkare kunde hjälpa till genom att skriva intyg till Medicinalstyrelsen där det angavs att det fanns medicinska skäl (svaghet) och/eller eugeniska skäl (man kanske hittade en avlägsen släkting som hade haft problem med alkohol) för sterilisering. Baserat på dylika grunder godkändes ansökan och kvinnan fick den hjälp hon önskade. Man kan diskutera sanningshalten i dessa intyg, men klart var att läkarens ambition att hjälpa en enskild patient övertrumfades läkarens ambition att vara lojal mot sitt vetenskapsideal och mot samhällets intressen. En intressant fråga i detta sammanhang är hur många av denna typ av fejkade intyg eller glidning i användningen av diagnoser man kan använda, innan patienters och sam-

hällets förtroende för sjukvården eller läkarkåren som sådan börjar erodera. En läkare som skriver fejkade intyg eller diagnoser i syfte att hjälpa en patient kan man säga *parasiterar* på förtroendet för läkarkåren generellt. Är man kantiansk pliktetikern måste man förstås fråga vad som skulle hända om alla gjorde så. Svaret pekar då entydigt mot att systemet skulle bryta samman och fullständigt förlora sin betydelse och därför bör man inte handla på så sätt. Men i praktiken klarar systemet kanske att läkare då och då handlar på detta sätt, på samma sätt som ett transportsystem inte bryter samman för att det finns ett fåtal fripassagerare. Men om alla var fripassagerare skulle systemet förstås bryta samman.

Lojalitetskonflikter kan också uppstå i rollen som familjeläkare där olika familjemedlemmar har olika intressen, och där sekretessproblem kan uppstå mellan makar eller mellan barn och föräldrar.

Vidare kan lojalitetskonflikter uppstå mellan olika läkare ifall en läkare blir uppmärksam på att en annan läkare inte sköter sitt arbete på ett adekvat sätt, kanske till följd av missbruksproblem etc. Det kan även uppstå lojalitetskonflikter om exempelvis en läkare har en ledande funktion och i den rollen ska ta hänsyn till en hel kliniks budget och samtidigt ska han/hon i rollen som den enskilda patientens läkare ge patienten den bästa möjliga behandlingen som kanske innebär att kliniken inte håller sin budget. En individ som både har chefsposition och kliniskt ansvar för en patient kan sålunda hamna i en *ansvarskris*.

LITTERATUR: Helgesson et al. 2007.

Luther, Martin, se *protestantisk etik*.

Lycka är ett mentalt tillstånd som individer kan befinna sig i. När man använder termen lycka i vardagsspråket avses ibland de tillfälliga känslor av upprymdhet eller eufori som man kan uppleva vid vissa tillfällen i livet, exempelvis i början av en förälskelse. I lyckoforskning och moralfilosofi är denna typ av övergående och inte särskilt vanliga form av lycka av mindre be-

tydelse. Det som i stället står i centrum för intresset i dessa discipliner är det som på svenska kanske bäst fångas av ordet välbefinnande, dvs. att det känns okej eller bra ”på insidan”, alltså en mycket vidare betydelse av ordet. I etiken är frågan om lycka framför allt relevant som ett svar på frågan om vad som gör en persons liv värt att leva eller, med andra ord, på frågan om vad som har personligt *egenvärde*. Enligt *hedonismen* är lycka det enda som har egenvärde och lidande det enda som har negativt egenvärde för en person. Få moralfilosofer är renodlade hedonister, även om få förnekar att lycka har egenvärde. Många hävdar dock att det finns annat som har egenvärde också, exempelvis *preferenstillfredsställelse* eller *perfektion*.

Det finns två typer av idéer om hur den lycka som sägs ha egenvärde är beskaffad. Enligt den ena består lycka i livstillfredsställelse, att man som helhet bedömer det egna livet positivt. Lycka är enligt detta synsätt alltså en fråga om ens egen inställning eller attityd till det egna livet snarare än en känsla av välbefinnande. Det innebär inte att bedömningen behöver basera sig på sanna föreställningar om ens liv, utan det är hur man bedömer sitt liv så som man själv upplever det som spelar roll. Enligt den andra idén, som är den mer klassiska, består lycka i just känslan av tillfredsställelse. Att vara lycklig är alltså att må bra, att känna sig glad, tillfreds eller upprymd. Det är hur man känner sig vid ett visst tillfälle som avgör hur lycklig man är då och tanken är att ju mer varaktig och intensiv lycka, desto bättre. Välbehag i alla dess former spelar enligt teorin roll, såväl tillfälliga kroppsliga välbehag som långvariga känslor av harmoni. En kompromissversion mellan dessa två syner på lycka är att lycka innebär att man föredrar en upplevelse i sin helhet för dess egen skull. Ju starkare jag föredrar den desto bättre är den för mig. En fördel med denna version gentemot den klassiska versionen är att känslor av obehag blir värdefulla för mig om jag föredrar dem för sin egen skull, så även masochister kan leva goda liv enligt denna idé. En nackdel är att den inte fångar den intuitivt tilltalande tanken

att något är bra för en om det känns bra, allt annat lika.

För att kunna avgöra vilken situation som är bäst med avseende på lycka måste man tänka sig att lycka är mätbart. De olika idéerna om lycka har olika tankar om hur detta ska gå till. Enligt livstillfredsställelseteorin är det en fråga om hur stark ens pro-attityd till det egna livet är. Något liknande gäller idén om att lycka handlar om den utsträckning i vilken man föredrar att vara kvar i den upplevelsesituation man är i, eftersom båda dessa teorier gör frågan om lycka till en fråga om hur starka ens egna attityder eller preferenser är. Mått för preferensstyrka har utvecklats inom bland annat ekonomisk teori, även om måttens tillförlitlighet är diskutabla. Vad gäller den klassiska teorin om lycka talar man ibland om hedoner som minsta möjliga måttenhet och likställer denna med den minsta märkbara skillnad i välbefinnande man kan urskilja mellan två upplevelser. Huruvida denna enhet kan operationaliseras i praktiken är också diskutabelt. Förmodligen kan bara approximationer göras i bästa fall, men försök har åtminstone gjorts i lyckoforskningen.

I sjukvården uppkommer frågor om lyckans natur och värde på flera sätt, inte minst vad gäller idén om att vårdens syfte är att göra gott. Eftersom få idéer om vad det är som är gott utsluter lycka som åtminstone en komponent av det goda, är frågorna i högsta grad avgörande för frågan om vårdens mål och uppgifter. Detta märks bland annat i den palliativa vården, såväl som i diskussioner om frågan om vilken vård som är motiverad när patienten inte själv upplever att hennes liv är värt att leva.

LITTERATUR: Brülde 2003, Brülde 2007, Griffin 1986, Tännjö 1998.

Läkarassisterat självmord eller mer korrekt det självalda livsslutet innebär att en patient, som befinner sig i ett terminalt skede av en sjukdom och där det inte finns någon möjlighet att framgångsrikt behandla patienten på annat sätt, ber en läkare om att få läkemedel utskrivet som han/hon själv kan ta i syftet att avsluta sitt liv. Det centrala i det läkarassisterade

självmordet är att läkaren enbart tillhandahåller de medel som är nödvändiga, att patienten själv har begärt medicinen och har förmåga att ta/administrera medlen. Avgränsningen till aktiv dödshjälp är sålunda att läkaren inte administrerar medlen, utan enbart tillhandahåller dem.

Läkarassisterat självmord är tillåtet i Holland och de amerikanska delstaterna Oregon och Washington samt i Schweiz. Självmord eller självalt livsslut är i många länder tillåtet och i Sverige är hjälp till självmord inte heller kriminellt, i motsättning till exempelvis i Norge och Danmark (2009). Sjukvårdspersonals medverkan i självmordshandlingar anses dock strida mot deras roll som exempelvis läkare eller sjuksköterska. I ett fall som går tillbaka till 1970-talet framtogs en svensk läkare sin legitimation då han tillhandahöll en svårt MS-sjuk patient barbiturat i kombination med insulin. Fallet komplicerades dock i flera avseenden, dels av att patienten inte själv var kapabel att ta medicinen, utan fick hjälp av tredje person som först gav sömnmedel i tablettform och sedan då patienten somnat djupt injicerade insulinet. Även om patienten vid flera tillfällen hade bett om hjälp fölls både medhjälparen och läkaren för dråp därför att medhjälparen varit aktiv vid injiceringen av insulinet och läkaren därför att han visste på vilket sätt och till vilket ändamål insulinet skulle användas. Läkaren blev av Socialstyrelsen även fråntagen sin legitimation för att ha skrivit ut de aktuella läkemedlen med det aktuella syftet. Om läkaren enbart hade skrivit ut barbituratet i tablettform, som patienten själv kunnat svälja och även om patienten sedan avlidit, så skulle läkaren sannolikt inte ha dömts för dråp i domstol, men möjligen fått en varning eller i värsta fall blivit fråntagen sin legitimation av *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd*.

LITTERATUR: Westrin et al. 2005.

Läkaresällskapet eller Svenska Läkaresällskapet är en sammanslutning startad av vetenskapligt intresserade läkare som år 1807 bildade ett läsesällskap där man på gemensam basis

kunde prenumerera på de få, men kostsamma, vetenskapliga tidskrifter och böcker som fanns då. Det var till en början framstående Stockholmsläkare som på detta sätt förkovrade sig genom att turas om att sätta sig in i ett arbete och sedan rapportera till de övriga. På detta sätt tillkom de s.k. tisdagssammankomsterna som fortfarande äger rum. Svenska Läkaresällskapet har olika sektioner där specialister träffas, och det finns även en delegation för medicinsk etik som sedan 1970 har diskuterat medicinetiska frågor av både aktuell och klassisk karaktär inom såväl de kliniska som de forskningsetiska områdena. Även om vetenskapliga intressen ibland sammanfaller med fackliga får man inte förväxla Svenska Läkaresällskapet med Sveriges läkarförbund som är en rent facklig organisation. I en rad frågor har Läkaresällskapet och *Läkarförbundet* likartade uppfattningen, men i andra frågor kan det finnas skillnader i vilka bedömningar man gör, exempelvis rörande patientens ställning i sjukvården i fall där den kan konkurrera med läkarens.

Läkarförbundet är en facklig sammanslutning i vilken merparten av svenska läkare är organiserade. Läkarförbundet eller mer korrekt Sveriges läkarförbund ska ta tillvara svenska läkares intressen vad beträffar arbetsförhållanden, anställningstrygghet och lön. Läkarförbundet har ett etik- och ansvarsråd där man bland annat behandlar läkares beteenden gentemot varandra och gentemot sina patienter och uppdragsgivare. Det är Läkarförbundet som är del av World Medical Association och sålunda också har utarbetat de svenska *läkarreglerna*.

Läkarpaternalism är ett uttryck för en gammaldags syn på läkarens roll som den som både vet mest och därmed också vet vad som är bäst för patienten. Läkarpaternalism står i kontrast till *patientcentrerad medicin*. Se också *medicinsk paternalism* och *autonomi*.

Läkar-patientförhållande, se *patient-läkarförhållande*.

Läkarregler är yrkesetiska regler för hur en läkare uppträder och handlar mot sina kollegor, samhället och sina patienter. Läkarreglerna har i Sverige formulerats och reviderats vid olika tillfällen och är inspirerade av International Code of Medical Ethics. Den senaste versionen från år 2002 innehåller följande inledande text: ”Den som valt läkarens yrke har åtagit sig en svår och ansvarsfull uppgift, som kräver goda kunskaper och vilja att följa de etiska krav som läkaren genom årtusenden erkänt vara normgivande. Det förtroende och den handlingsfrihet som tillkommer läkaren grundar sig på de personliga egenskaper och det *kunnande* som läkaren besitter. Den som vinner inträde i Sveriges läkarförbund skall ständigt låta sig ledas av följande regler och skall inte medverka i sådan vård där frihet att handla efter dessa saknas.” Härfter följer sexton punkter:

- 1) Läkaren skall i sin gärning ha patientens hälsa som det främsta målet och om möjligt bota, ofta lindra, alltid trösta, följande människokärlekens och hederns bud.
- 2) Läkaren skall handla i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, ständigt söka vidga de egna kunskaperna samt efter bästa förmåga bidra såväl till den vetenskapliga utvecklingen som allmänhetens kännedom om denna. Efter förmåga skall läkaren alltid ställa sin kunskap till förfogande.
- 3) Läkaren skall besinna vikten av att skydda och bevara människoliv samt efter bästa förmåga bistå människor i medicinsk nödsituation. Läkaren får aldrig medverka till att aktivt påskynda döden.
- 4) Läkaren skall behandla patienten med empati, omsorg och respekt och får inte genom sin yrkesauktoritet inkräkta på vederbörandes rätt att bestämma över sig själv.
- 5) Läkaren skall respektera patientens rätt till information om sitt hälsotillstånd och möjliga behandlingsalternativ och om möjligt i behandlingen utgå från informerat samtycke samt avstå från att lämna upplysningar som patienten inte önskar.
- 6) Läkaren skall aldrig frångå principen om människors lika värde och aldrig utsätta en

patient för diskriminerande behandling eller bemötande.

- 7) Läkaren får inte inleda ett sexuellt förhållande med en patient som står under läkarens vård.
- 8) Läkaren skall då så är motiverat anlita annan sakkunskap och tillmötesgå patientens eller närståendes rimliga önskemål att få tillfråga annan läkare.
- 9) Läkaren skall iakttaga tystlåtenhet om all information rörande enskild patient, såvida det inte äventyrar patientens väl.
- 10) 10. Läkaren skall inte utan undersökning eller annan tillräcklig kunskap om patienten meddela råd eller föreskrifter.
- 11) Läkaren får inte låta sig påverkas av otillbörligt förvärvsbegär och inte utföra annan undersökning och behandling än vad som är medicinskt motiverat. Arvodet skall anpassas efter prestationens art och omfattning.
- 12) Läkaren skall utan att träda patientens intressen förnärligt respektera sina kollegors arbete.
- 13) Läkaren får aldrig på något sätt medverka vid dödsstraff, tortyr eller andra grymma och omänskliga handlingar.
- 14) Läkaren skall i sin gärning bidra till att medicinska resurser användes i enlighet med dessa regler och aldrig medverka till att bereda enskilda patienter eller patientgrupper otillbörlig ekonomisk, prioriteringsmässig eller annan fördel.
- 15) Läkaren skall i intyg och utlåtande endast efter noggrant övervägande bestyrka vad som har saklig och professionell grund och åtskilja detta från annan information, vars sanningshalt ej kan bedömas.
- 16) Läkaren skall avhålla sig från påträngande marknadsföring och från att på annat olämpligt sätt fästa uppmärksamhet på sin person och läkargärning.

Man kan konstatera att reglerna innebär att förpliktelse gentemot patienterna har en mer framskjuten roll än de kollegiala plikterna mot kollegorna, till skillnad från de äldre riktlinjerna i den *Hippokratiska eden* och

Genèvekonventionen. Emellertid lämnas frågan om konflikten mellan att å ena sidan inte påskynda döden och att å andra sidan respektera patientens självbestämmande och visa empati för patienten, olöst också i detta dokument. Observera att man i ingressen använder sig av ett auktoritetsargument när man hänvisar till etiska krav som läkaren genom årtusenden erkänt vara normgivande (se också *ad hominem-argument*). Genom att påpeka att det rör sig om flera tusen år gamla etiska krav kan man också bibringas föreställningen om att etiska principer är eviga och oföränderliga (huggna i sten), vilket strider mot *fallibilism*-principen.

LITTERATUR: Petersson 1994.

Läkemedelsindustrin är en stark aktör då det gäller den kliniska forskningen och synen på *Good Clinical (trial) Practice*, GCP, som rör både rekryteringen av försökspersoner med informerat samtycke, genomförandet av kliniska försök på ett metodologiskt optimalt sätt samt undvikande av fusk. Läkemedelsindustrin har uppenbara intressen av att följa GCP-regler och om de inte gör det kan det få stora konsekvenser för möjligheten att komma in på vissa marknader som exempelvis den amerikanska. Godkännandet av en läkemedelsprövning och senare godkännandet av ett läkemedel tar lång tid och är mycket kostsamt. Om ett lovande läkemedel inte godkänns exempelvis i USA kan det få omedelbara och kännbara konsekvenser för aktiekursen.

De starka ekonomiska intressen som finns bakom flera av de stora läkemedelsföretagen kan ibland få konsekvenser för den kliniska forskarens möjligheter att publicera kliniska resultat som visar sig vara till nackdel för ett företag, s.k. *negativa resultat*. Enligt Helsingforsdeklarationen har man skyldighet att publicera negativa resultat, men industrin kan ibland fördröja publiceringen och det kan även ibland vara vanskligt att få publicerade resultat som är inkonklusiva eller negativa. Det finns därför särskilda databaser för denna typ av resultat, som är viktig vid genomförandet av metaanalyser, där ambitionen just är att väga in såväl

positiva som negativa resultat. Se också *typ 1 fel* och *publikationsbias*. Se också *jäv*.

Läkemedelskommittéer är rådgivande organ där kliniska farmakologer tillsammans med representanter från berörda specialiteter diskuterar, kommer överens om och rekommenderar vilka läkemedel som är de mest kostnadseffektiva att använda. Varje landsting eller sjukvårdsorganisation har en läkemedelskommitté, och man brukar ge ut listor på de rekommenderade läkemedel som då är valda så att av likvärdiga medel rekommenderar man det billigaste. Önskar patienten ett medel från en speciell läkemedelsproducent och detta läkemedel är dyrare så får patienten själv stå för mellanskillnaden. Läkemedelskommittéerna diskuterar också när ett nytt läkemedel ska kunna introduceras. Sådana beslut baseras på att det nya läkemedlet ska ha visat sig vara påtagligt överlägset gamla behandlingar och besluten förutsätter tydlig evidens.

Det är av största vikt att dessa läkemedelskommittéer är fria från bindningar till läkemedelsindustrin eller själva har privata aktier i ett företag. Se också *jäv* och *särläkemedel*.

Löften är avtal som man gör upp vanligen med sig själv eller en annan eller flera andra personer, och man avger löften för att de ska hållas. Bryter man ett löfte talar man om ett löftesbrott. Bryter man ett löfte till sig själv kan det vara uttryck för självbedrägeri på samma sätt som om man fuskar när man lägger en patients. Löften i ett samhälle är nödvändigt för att samarbete ska vara möjligt. Om jag inte kan lita på att du utför det du åtagit dig kommer jag inte att se några skäl för att göra min del. Enligt *pliketikern* ska man hålla löften och ingångna avtal därför att man inte kan upphöja löftesbrott till allmän lag. Om människor regelmässigt bröt vad de lovade skulle det inte vara meningsfullt att lova något.

En annan pliktetisk tanke är att löftesbrott innebär brist på respekt för den personen man lovat något till. Enligt vissa språkfilosofer bör man hålla ett löfte därför att om man inte gör detta, gör man våld på språket. Varför språkliga brott skulle ge upphov till moraliska plikter är emellertid oklart. Om du säger: ”Gulle spring spring grismelon” så kan vi andra anklaga dig för att ha formulerat en mening som bryter mot språkliga regler, men att därifrån dra slutsatsen att det var fel att säga denna ogrammatiska obegriplighet verkar långsökt. Pliktetikerna och språkfilosoferna verkar dock överens om att det faktum att du lovat något i sig är ett skäl att utföra det du lovat. Ett problem med detta synsätt är frågan om hur man ska se på omoraliska löften, om jag t.ex. lovar att döda din affärskonkurrent. Finns det något skäl att utföra denna handling för att jag lovat att göra det? Visserligen kan man hävda att jag inte bör lova omoraliska saker, men när jag väl har gjort det verkar tanken om att löften är bindande i kraft av att vara löften medföra att jag har ett skäl att utföra handlingen. Se *maffiaetik*.

En *konsekvensetisk* argumentation för att hålla löfte skulle exempelvis vara att även om de goda konsekvenserna av att bryta ett löfte i en konkret situation kan överstiga de dåliga konsekvenserna, så kan den totala nettoeffekten bli störst av att som regel hålla löften. Därför ska man följa regeln att hålla löften. (Se också *parasitering*.) Enligt konsekvensetikern innebär dock det faktum att man lovat något inget skäl i sig att hålla löftet, utan skälet är att bidra till att upprätthålla förtroendet för löftesinstitutionen i allmänhet, eftersom det får bättre konsekvenser än att inte göra det, vilket kan verka kontrainuitivt.

LITTERATUR: Kant 1997, Kagan 1998.

Löggen, se *ljuga*.

Lördagsgodis, se *Vipeholmsexperimenten*.

M

Machiavelli, Nicolò (1469–1527) var en italiensk renässansfilosof och diplomat som pekade på vissa av dygdetikens tillkortakommanden och mot bakgrund av detta formulerade en etik för furstar när dessa ska erövra och behålla makten i syfte att hålla ihop en stat. Han menade att de aristoteliska dygderna rörande rättfärdighet, måttfullhet, ärlighet och visdom samt den kristna dygden barmhärtighet kan i vissa situationer bli kontraproduktiva, och man måste enligt Machiavelli beakta även konsekvenserna av att vara dygdig. Att vara ärlig och barmhärtig kan, om man ska hålla ihop en stat, få ödesdigra konsekvenser. Fursten måste vara beredd att i vissa situationer ljuga, vara hänsynslös och brutal, för att behålla makten och därmed hålla ihop staten. En furste som inte är beredd att vara listig, svekfull och grym är dömd att gå under. Ska man exempelvis vältta en tyrann ska man se till att han och hans mannar ligger och inte reser sig igen. Annars kommer de att försöka ta hämnd och på så sätt äventyra makten. Det är viktigt att poängtera att det rör sig om hur en god furste beter sig och inte en person som agerar för egen vinning och maktlystenhet, vilket är definitionen av en tyrann. För den goda fursten är ändamålet att hålla ihop staten och handla på ett sätt som bäst tjänar statens intressen. Här finns det finns förstås likheter med företagsledare som också ibland måste vara grymma och säga upp flera hundra medarbetare i syfte att rädda hela företaget.

Machiavelli kan sägas vara en övergångsfigur mellan dygdetik och en speciell form av konsekvensetik som dock inte är generaliserbar. Det är inte helt klart om Machiavelli argumenterar för att furstar har en moralisk rätt att sätta sig över vad som gäller för alla andra. Men han ar-

gumenterar för att det ibland är nödvändigt för vissa ändamål.

Machiavelli tog i sina analyser utgångspunkt i en noggrann redovisning av historiska fakta och baserar sina resonemang på empirisk och rationell grund. Det kan därför överraska att han även diskuterade sådana företeelser som ödet (fortuna). Men han anser inte att frågan om en furstes framgång enbart beror på ödet. Ödet ansågs vara herre över våra handlingar till cirka hälften och den andra hälften var sådant som överlämnades till människan själv. Ödet har för Machiavelli två betydelser, en som liknar begreppet tur som en egen personlig egenskap och en som baserar sig mer på historiska fakta.

Machiavelli hade en cyklisk uppfattning om historien och menade att om man exempelvis levde i en monarki så kunde denna så småningom utveckla sig till en tyranni, vilket framkallade uppror och bortdrivning/dödande av tyrannen. De individer som då tog över kunde vara adelsmän som då introducerade oligarki (ärvt fåmannavälde), vilket också så småningom kunde leda till tyranni. Sedan följer ett nytt uppror och eftersom man fortfarande kommer ihåg monarkens tyranni införs demokrati. Denna utvecklar sig sedan till anarki med efterföljande uppror och en önskan om en stark ledare och vi har då en ny monark etc.

Machiavelli menade vidare att en furste kan ha olika egenskaper: en kan vara försiktig, en annan använder våld, en använder slughet, en tålmod och en annan är impulsiv. Om en furste har ödet med sig eller inte är alltså beroende av tidens karaktär. Ett exempel på en furste som lyckades var Francesco Sforza (1401–1466) som med valet av passande medel och personlig skicklighet blev hertig av Milano. En annan

som också var synnerligen skicklig, men som hade otur, var Cesare Borgia (1475–1507) som hade fått makten från sin pappa som i sin tur hade haft fortuna med sig. Cesare Borgia förlorade makten trots att han var en synnerligen klok person och var på sin vakt. Han blev lurad av fortuna.

Enligt Machiavelli är det ofta när en furste försöker leva i enlighet med den gyllene medelvägen och hoppas att lyckan ska stå honom bi, som han misslyckas. En furste som har nedslagit ett uppror måste sedan vidta rätt mått och steg. Om han väljer den gyllene medelvägen och enbart nöjer sig med att avrätta några få och frånta andra deras egendom, och sedan i övrigt låta den aktuella staden vara intakt så går det gale. Om fursten vill straffa (och sätta sig i respekt) så kräver situationen att man straffar fullt ut. Att här tillämpa den gyllene medelvägen vittnar enbart om att fursten antingen är okunnig eller feg, enligt Machiavelli. Det är framför allt fortunas inflytande som gör att Machiavelli varnar mot den gyllene medelvägen.

En film som illustrerar den machiavelliska furstens problem är filmen Elisabeth från 1998, av Shekhar Kapur. Filmen handlar om Englands drottning Elisabeth I (1533–1603) och hennes rådgivare Sir Francis Walsingham, som fungerade som Elisabeths machiavelliska röst och utan vilken hon aldrig skulle ha överlevt och England inte haft sin guldålder. Se också *Mandeville*.

LITTERATUR: Lindhardt 2006, Machiavelli 1987.

MacIntyre, Alasdair (1929–) är en modern moralfilosof som bland annat försökt ge dygdetiken en renässans. Han är inspirerad av Aristoteles, men hans utgångspunkt är den moderna tidens avsaknad av en gemensam etisk referensram. Han anser att en katolskt inspirerad etik skulle kunna utgöra en sådan gemensam etisk plattform. Frågan är dock om det är en plattform som kan accepteras av andra religioner eller kulturer.

LITTERATUR: MacIntyre 1998.



Maffiaetik är ett uttryck som ibland används om maffiamedlemmars sätt att ta hänsyn till varandra även i situationer där de har i uppdrag att döda en annan människa. Det är exempelvis vanligt att maffiamedlemmar är mycket glada i mat och äter varje måltid som var det den sista. Är man tvingad, av affärsmässiga hänsyn, att döda en medlem i en konkurrerande liga, så väntar man med att döda vederbörande tills han hunnit till efterrätten. Detta illustreras bland annat i filmen *Some like it hot*, då mannen med kulsprutan dyker upp i tårtan. Det finns förstås andra egenskaper som utmärker en maffiamedlems dygder, exempelvis tystnad och lojalitet. Se också *cowboyetik* och *Harry Lime*.

Mandeville, Bernard (1670–1733) var läkare och filosof, mest känd för sina provocerande antaganden om människans lastfulla och egoistiska natur, som han också ansåg vara en förutsättning för ett välfungerande och blomstrande samhälle. Mandeville var född i Rotterdam, Holland och utbildad i Leiden, men var merparten av sitt vuxna liv bosatt i England där han bland annat skrev sin berömda (berömda) fabel om bisamhället. I korthet går fabeln ut på att de enskilda bina genom att enbart tillgodose sina egna behov och begär hade lyckats skapa

ett välmående bisamhälle som var känt för sin rikedom, framstående vetenskap och konst, sina segrar i krig, sina lagar etc. Även om de enskilda bina lurade och bedrog varandra och det fanns vällust, rastlöshet och missnöje, så var det enligt Mandeville ändå denna lastbarhet hos de enskilda bina som gjorde att samhället som helhet uppfattades som ett paradiset. Men då var det plötsligt några av bina som började ropa på att fördärvet måste bort och i stället krävde hederlighet och ärlighet. Gudarna bönhörde ropen och snart försvann hyckleriet och all lyx, erövringskrig inställdes, många präster, jurister, domare, läkare och andra ämbetsmän blev utan jobb, skepps- och utrikeshandel upphörde etc. Eftersom bina nu uppfattade välbefinnande som en last flyttade man från bisamhället som därmed upphörde att finnas till.

Enligt Mandeville är förutsättningen för att ett samhälle ska fungera att man accepterar att människor ljugar, bedrar, är fåfänga, krigiska, lata och bekvämt lagda. Att försöka tygla dessa laster och i stället utveckla dygder är inte enbart en utopi, utan det leder dessutom till att hela samhällskonstruktionen rasar samman.

Många av Mandevilles samtida och även senare filosofer reagerade kraftigt mot hans uppfattning, speciellt de som tolkade hans fabel som ett argument för ett syndigt leverne. Men grundtanken är att utan bedrägeri utvecklas inte juridiken, utan syndigt leverne utvecklas inga könssjukdomar och därmed inte medicinen, lyx och fåfänga befördrar handel och nya erövringar, som i sin tur leder till utveckling av vetenskap och ingenjörskonst, högfärdighet leder till att det byggs kyrkor och palats och därmed utvecklas arkitektur och konst etc. Frågan är alltså om den enskilda individen bör leva ett dygdigt liv som leder till minskat välbefinnande för samhället eller ett lastfyllt liv som leder till ökat välbefinnande för samhället. Vi ser här spiran till det man kan kalla egoistisk *utilitarism* (se även *etisk egoism*). Enligt Mandeville är människans val av värden styrda av passioner, och hans studie rör kanske snarare vad vi kan än vad vi bör, dvs. det handlar snarare om människans psykologiska och sociologiska natur än

om människans moral. Eftersom Mandeville ansåg att försöket att undertrycka passionerna var fruktlöst var det enligt honom bättre att ta sin utgångspunkt i människans psykologiska natur och utnyttja den för både individens och samhällets bästa. Se också *Hobbes* (natur-) etik och *politiska ideologier*.

LITTERATUR: From 1962.

Maimonides (1135–1204) var en judisk läkare, filosof och teolog från Spanien som sedermera fick gå i landsflykt i Kairo. Maimonides var inspirerad av *Aristoteles* och ansåg i motsats till *Thomas av Aquino* att i det fall Gamla testamentet stod i strid med verkligheten och förnuftet så skulle man tolka Bibeln allegoriskt. Bibeln var enbart en auktoritet i de fall då vetenskapen eller förnuftet inte kunde ge svar. Thomas ansåg att i alla frågor där det fanns divergerande uppfattningar mellan bibeltexter och vetenskap så skulle bibeltexterna ha tolkningsföreträde. Maimonides utläggning blev därför uppfattad som kättersk och ateistisk. Maimonides kan sägas vara en tidig föregångare till den *hermeneutiska traditionen* som efter Darwin också fått betydelse för den allegoriska tolkningen av Bibelns skapelseberättelse. Se också *judisk etik*.

LITTERATUR: Blomquist 1966.

Manhattanprojektet var en beteckning för utvecklandet av den amerikanska atombomben under perioden 1942–1945. Namnet stammar från placeringen av kontoret för den administrativa ingenjörsmässiga ledningen som först fanns på Manhattan i New York. Projektet ledde till produktionen av flera atombomber varav en användes vid en provsprängning 16 juli 1945 och två användes i kriget mot Japan (Hiroshima 6 augusti och Nagasaki 9 augusti 1945).

Anledningen till Manhattanprojektet var att man befارade att tyskarna skulle hinna före med att skapa en bomb. Roosevelt gav därför 1941 order om att påbörja arbetet. Flera av de involverade forskarna fick kalla fötter när tyskarna kapitulerade i maj 1945 och det redan tidigare hade blivit klart att tyskarna inte ens var i närheten av att framställa en atombomb. Fors-

karna önskade att man i stället för att använda atombomberna skulle genomföra en provsprängning med japaner som observatörer och därmed framtvunga en japansk kapitulation. Men den militära ledningen ville inte riskera att försöket skulle misslyckas och som bekant fölldes bomberna med följden att flera hundra tusen människor dog, omedelbart eller senare till följd av strålningsskador. Vetenskapligt och ingenjörsmässigt var Manhattanprojektet en stor succé, men för många av de inblandade vetenskapsmännen innebar bombningen en allvarlig *ansvarskris*, som för vissas del bidrog till att de kom att syssla med andra saker därefter.

I den senare etiska reflektionen över atombomben har ett antal forskare sett anledning att genom appeller och etiska koder uppmana alla vetenskapsmän att ta ställning mot massförstörelsevapen. Kända exempel bland många är det s.k. Russell-Einstein-manifestet och Pugwash-rörelsens ed.

LITTERATUR: Bird et al. 2006.

Matteuseffekten är som fenomen hämtat från Matteusevangeliets passus (Matt. 13:12): ”Ty den som har, han skall få, och det i överflöd, men den som inte har, från honom skall tas också det han har” och som brukar sammanfattas i talesättet: ”Åt den som har skall varda givet”. Begreppet används av Robert Merton för att beskriva tendensen att professorn eller chefen, de med redan hög ”external recognition”, för en institution får äran för upptäckter som egentligen borde tillskrivas en mindre känd medarbetare. Exempelen med Jocelyn Bell och Lise Meitner illustrerar företeelsen. I rättvis eller fördelningssammanhang används ibland effekten för att beskriva en omvänd Robin Hood- eller behovsprincip, dvs. att man ger mer åt den som redan har, t.ex. genom att låta möjligheten att teckna privata sjukförsäkringar bestämma tillgång till vård. Den som är rikast och friskast, och därmed behöver vården minst, får lättast att teckna försäkringar som ger tillgång till den.

LITTERATUR: Merton 1942.

Maximering av förväntat värde är en *beslutsmetod* som framför allt utvecklats inom den *utilitaristiska* traditionen. Metoden har utvecklats mot bakgrund av att vi i princip aldrig vet säkert vad de olika handlingsalternativ vi väljer mellan kommer att få för konsekvenser. Metoden går ut på att i en given situation ställa upp handlingsalternativen, redovisa de möjliga utfall varje alternativ kan leda till, uppskatta sannolikheten och värdet av varje enskilt utfall, väga ihop sannolikheten och värdet för varje utfall till en summa och sedan välja det alternativ för vilken summan av produkterna av sannolikhet och värde är störst.

Metoden kan illustreras med följande exempel. Anta att en patient har funnits bära på genen BCRA1, som är starkt prediktiv för bröstcancer; cirka 75 % av anlagsbärarna beräknas drabbas av bröstcancer någon gång i sitt liv. Frågan uppkommer då om kvinnan vill genomgå en operation för att avlägsna bröstvävnaden i förebyggande syfte, en s.k. profylaktisk mastektomi. Detta minskar risken för utveckling av denna cancerform avsevärt, även om man inte kan garantera att det inte finns spårvävnad kvar. Dessutom kvarstår en viss förhöjd risk för livmoderscancer. Man bedömer risken för cancer i de fall man genomför en operation till 5 %. Dock är ingreppet givetvis drastiskt och medför i sig vissa risker. Vissa ser därför ”boten” som värre än åkomman, speciellt mot bakgrund av att utbrottet av sjukdomen inte är säker.

Man kan undra var dessa sannolikheter kommer ifrån. Det vanligaste sättet är att se dem som uttryck för den subjektiva graden av tilltro användaren av beslutsmodellen tillskriver olika utfalls möjlighet att inträffa. Denna tilltro kan sedan ha mer eller mindre goda grunder; det kan handla om alltifrån relativa frekvenser (som i fallet ovan), till mer begränsad erfarenhet, vaga aningar eller gissningar.

Vidare måste de olika möjliga utfallen tillskrivas ett numeriskt värde. Det är en omdiskuterad fråga i vilken utsträckning detta är möjligt. De flesta förespråkare av metoden menar att det som har värde är något subjektivt: antingen individens önske- eller preferenstillfredsstäl-

else (se *önskeuppfyllelseteorin*) eller individens *lycka*. Den inbördes styrkan mellan preferenser tänks kunna mätas genom att man tar ställning till hypotetiska lotterier. Lycka i sin tur tänks ibland kunna mätas genom att man utser en måttenhet, ”hedoner”, baserad på minsta märkbara skillnad i välbefinnande. Det viktiga för metoden är att man tillskriver utfallen värden som utgår från de inblandade individernas egna värderingar av de olika utfallen och att dessa inte är helt godtyckliga.

Låt oss anta att patienten kommer fram till att värdet av att genomgå operationen, om det gör att cancer undviks, är 60. Om cancer ändå inte undviks är värdet 10. Värdet av att inte genomgå operation och drabbas av cancer bedöms till 20, och värdet av att genomgå operationen och inte få cancer bedöms till 100.

Frågan är då om patienten ska opereras eller inte? Alldeles oavsett vem som fattar beslutet, patienten, läkaren eller någon annan, så kan metoden tillämpas av beslutsfattaren. Det ser då ut som följer:

H1 Genomgå profylaktisk mastektomi

Inte drabbas av cancer ($95\% \times 60 = 57$)

Drabbas av cancer ($5\% \times 10 = 0,5$)

H2 Inte genomgå profylaktisk mastektomi

Inte drabbas av cancer ($25\% \times 100 = 25$)

Drabbas av cancer ($75\% \times 20 = 15$)

Summera sedan produkterna för varje alternativ: H1: $57 + 0,5 = 57,5$; H2: $25 + 15 = 40$. Utifrån professionens bedömning av sannolikheterna och patientens bedömning av värdena blir alltså i detta fall det förväntade värdet (väntevärdet) högre av att genomgå en operation än att inte göra det. Enligt maximeringsmetoden bör alltså en (rationell) patient som har de aktuella preferenserna/värderingarna välja att bli opererad. Exemplet är givetvis högt idealiserat för att illustrera själva metoden, och i realiteten finns det nästan alltid fler alternativ och möjliga utfall att ta hänsyn till, men principen är ändå densamma. Det kan till och med sägas vara en strukturering av ett sätt att tänka som

finns i vardagslag. När man funderar närmare över viktigare beslut tar man hänsyn till alternativen och både till hur man värderar utfallen och hur sannolika man tror att de är. De flesta satsar inte på ett väldigt gynnsamt möjligt utfall om det är väldigt osannolikt och dessutom kräver en avsevärd uppoffring. Man kan dock göra det om riskerna för uppoffringen bedöms som små, antingen för att sannolikheten är låg eller för att kostnaden är liten om det oönskade ändå inträffar. Det är bland annat därför vi deltar i olika lotterier. Sannolikheten att vi ska vinna är mycket liten, den potentiella vinsten är stor och uppoffringen relativt liten då en lott kostar kanske 50 kr.

De utilitarister som förespråkade metoden har sällan hävdad att den ska användas i alla beslutsituationer, utan bara i vissa fall. Det kan exempelvis vara när man står inför ett avgörande beslut som spelar stor roll, där det finns både för- och nackdelar med att göra på olika sätt, och man dessutom har tid att överlägga. Beslutet att använda sig av denna metod är ju också ett beslut som kan få bra eller dåliga konsekvenser, och för en traditionell utilitarist ska den bara användas om det får bra konsekvenser, annars inte. Om metoden enbart leder till att man får beslutsångest eller blir orolig, så ska man förmodligen inte använda sig av den. Tanken är sålunda att denna beslutsmetod bör kompletteras med andra, som exempelvis att följa tumregler i vardagslag (se *Hare*). En del utilitarister har dock hävdad att man bör försöka uppskatta (estimera) det bästa väntevärdet oavsett vilket faktiskt värde ens handlingar realiserar. Se också *kvalitetsjusterade levnadsår*.
LITTERATUR: Gren 2004, Resnik 1987, Tänn-sjö 1998(1).

Medbestämmanderätt innebär i medicinskt sammanhang att patienten har rätt att delta vid beslutsfattande som berör henne/honom. En förutsättning för att kunna delta i beslutsfattandet innebär dock att patienten är adekvat informerad om handlingsalternativen etc. Ibland sätts likhetstecken mellan medbestämmanderätt och *autonomi*. Dock säger autonomi

vad självbestämmande är och inte i första hand vad medbestämmande är. Att säga vad själv- eller medbestämmande är innebär inte heller att man säger något om vilken eventuell rätt man har till detta. Dock kan man åtminstone säga att medbestämmanderätten är ett centralt inslag i *autonomiprincipen*, som just berör rätten till självbestämmande, vilket i medicinska sammanhang ofta innebär en rätt också till medbestämmande om vilka medicinska åtgärder man själv ska genomgå. Se också *självbestämmande*, *positiva* och *negativa rättigheter*.

Medförfattarskap är vanligt vid publiceringen av vetenskapliga arbeten inom medicinsk forskning. Det beror på att såväl planering, design och genomförande kräver att flera personer medverkar. Man kan ha olika arbetsuppgifter inom ett projekt och inte alla uppgifter kvalificerar till medförfattarskap. Att exempelvis enbart ha varit med och rekryterat patienter anses inte kvalificera för medförfattarskap, utan det krävs att man dessutom deltagit vid antingen planeringen eller det intellektuella arbetet vid formuleringen och bearbetningen av manuskriptet. Tyvärr är obehörigt medförfattarskap en icke ovanlig förekomst, dvs. att en person anges vara medförfattare, men egentligen inte har bidragit substantiellt. Detta räknas vanligen som en form av forskningsfusk eftersom man på detta sätt kan vilsleda dem som ska bedöma forskarens meriter. Det kan finnas en tendens till inflation i antalet medförfattare på vetenskapliga artiklar, speciellt inom medicin, även om många tidskrifter har skärpt reglerna för medförfattarskap och i stället talar om "contributors" där var och en får deklarerat vad han/hon bidragit med.

Med tanke på hur vetenskapligt arbete premieras vid olika institutioner är det angeläget för en forskare att publicera så mycket han/hon hinner med, både för institutionens skull och för den egna karriären och anställningens skull ("publish or perish"). Detta kan möjligen fresta en del att ha en mer liberal syn på vad som kvalificerar för medförfattarskap.

Inom humaniora är det vanligaste att det bara finns en författare, och här är alltså risken för

Vi har kommit överens om att den som rekryterat flest patienter till studien får stå först i artikeln.



Författarordning

denna typ av forskningsfusk mindre. Traditionen inom humaniora liknar den upphovsrätt som är regeln för musikaliska och andra konstnärliga verk. Det finns en låtskrivare som ofta ensam står som upphovsman, även om andra bidragit genom att lägga solon och arrangera, kanske på ett sätt som substantiellt bidrar till slutproduktens kvalitet, utan att för den skull få stå som medförfattare. Problemet inom humaniora är därför ofta det motsatta: kanske handledare och andra bidragande där får för litet erkännande? Se även *Matteuseffekten* och *gåvoförfattarskap*, *Vancouver Uniform Requirement* samt *acknowledgement*.

Medicinska mirakel är sådana som ibland rapporteras i media där exempelvis en hopplost sjuk människa plötsligt och oförklarligt tillfrisknar. Begreppet medicinskt mirakel är centralt inom den katolska kyrkan när man står inför att salig- eller helgonförklara en person. När exempelvis den indiska kvinnan Moder Teresa saligförklarades för ett antal år sedan, låg dokumentation till grund för saligförklaringen. Dokumentationen gällde en kvinna med en obotlig cancersjukdom i buken, som hade lagt en bild av moder Teresa över magen i samband

med att patienten bad om att Moder Teresa skulle bota henne. Patienten tillfrisknade och man ansåg att detta var ett mirakulöst tillfrisknande och att det därför fanns skäl att saligförklara Moder Teresa. Om vi antar att både diagnos och prognos var korrekt så skulle man medicinskt kunna förklara tillfrisknandet som en placeboeffekt, om än en extrem form av placeboeffekt. Den katolska kyrkan godtog i alla fall uppfattningen att det var ett tillfrisknande av mirakulös karaktär och den läkande effekten tillskrevs Moder Teresa eller i sista hand Gud, som verkade genom henne.

Andra former av mirakulös tillfrisknad har också beskrivits i Nya testamentet där Jesu gärningar ofta gick ut på att bota kroniskt sjuka. Det finns även en tradition som under 1600- och 1700-talet användes när exempelvis engelska och franska kungar tillsattes. Man tillämpade då under en dag handpåläggning på kronisk sjuka patienter, exempelvis spetälska, och talade om kunglig beröring (Royal Touch). Även häxor sysslade med att bota patienter, vilket kallades vit magi. De anklagades dock ofta för att även ha åstadkommit sjukdomar, s.k. svart magi. Enligt Barbara Ehrenreich var häxklassificeringen och förföljelsen ett sätt att hindra kloka gummor som exempelvis hjälpte till vid förlossningar att blanda sig i det som ansågs vara läkarnas område. Se också *kvacksalveri* och *alternativmedicin* samt *placeboeffekt*.

LITTERATUR: Block 1973, Ehrenreich et al. 1993.

Medicinsk etik är ett tvärvetenskapligt forsknings- och undervisningsämne som kritiskt, analytiskt, historiskt och empiriskt studerar etiska och moraliska aspekter av hälso- och sjukvård samt medicinsk forskning. Medicinsk etik är ett exempel på en områdesetik med sina ibland egna förhållningssätt, tips och tumregler som på olika sätt även bidragit till att utveckla moralfilosofin i allmänhet. Se även *etik* samt *tillämpad etik*.

Vera, vad vill du helst borsta tänderna med – en grön eller en blå tandborste?



Farsan, nu manipulerar du mig igen. Första frågan måste väl ändå vara om jag över huvud taget vill borsta dem.



Avslöjandet av en äkta paternalist

Medicinsk paternalism innebär att exempelvis läkaren fattar beslut angående en patient i patientens ställe, med vad läkaren anser är bäst för denna. Enligt det paternalistiska förhållningssättet antas läkaren veta mest och därför också veta bäst. Om patienten är fullt *beslutskapabel* måste man emellertid säga att han/hon genom ett sådant förfarande omyndigförklaras och att rätten att få vara med och bestämma om handlingar och beslut som berör en själv åsidosätts.

Om patienten är beslutskapabel och läkaren ändå tillämpar ett paternalistiskt förfarande talar man om *stark paternalism*, och om patienten har nedsatt eller ingen *autonomi* talar man om *svag paternalism*. Man talar också om *aktiv* kontra *passiv paternalism* samt *social* och *individuell paternalism*. En speciell form av paternalism, där en person i ett skede av livet tror sig veta vad som är bäst för personen själv i ett annat skede eller i en speciell situation, benämns *självpaternalism*. Eftersom ett paternalistiskt förhållningssätt inte längre är något man skryter med – tvärtom kanske något man gärna döljer – kan man också i vissa fall tala om förtäckt paternalism. Förtäckt paternalism kan aktualiseras om man försöker ge andra skäl än paternalistiska,

men bakom dessa skäl döljer sig en paternalist, dvs. en form av *motivförädling*.

LITTERATUR: Bremberg 2004, Lynöe et al. 2009.

Medicinsk turism är en term som används om den växande trenden att resa utomlands för att få vård samt medicinska behandlingar och tjänster. Även om termen är relativt ny är företeelsen att söka sig utomlands för vård och behandling belagd sedan antiken. I dag omfattar utbudet av tjänster för medicinska turister alltifrån komplicerade kirurgiska ingrepp, som exempelvis höftleds- och hjärtoperationer, till vårdliknande rekreation vid spaanläggningar. Det finns numera resebyråer som specialiserat sig på medicinska turistresor, framför allt i USA.

Ett stort område för medicinsk turism är medicinska specialistbehandlingar som i OECD-länder inte bekostas av samhället eller reguljära sjukförsäkringar, som plastikkirurgi. Ett annat område, som i samma länder endast i begränsad omfattning bekostas och tillåts av samhället, är olika former av *assisterad reproduktion*, som *IVF*, *surrogatmodraskap*, ägg- och spermadonation eller nedfrysning av embryon. Turistströmmarna går, i likhet med annan turism, vanligtvis från den rika delen av världen, framför allt Europa och Nordamerika, till den fattiga, exempelvis länder som Indien, Costa Rica, Hongkong, Thailand och Sydafrika. De sistnämnda länderna utmärks ofta av att det där finns kvalitativ och högteknologisk medicinsk behandling som kostar mycket mindre än i OECD-länderna och erbjuds till dem som kan betala för den. Det kan innebära att man kommer förbi vårdköer och sålunda får snabbar behandling.

Olika delar av världen har utvecklat olika specialiteter och exempelvis många latinamerikanska länder har en stor och utvecklad verksamhet för kosmetisk kirurgi, som också drivs av inhemsk efterfrågan. Dock finns också turism mellan OECD-länder, som exempelvis kvinnor som söker sig från länder med en väldigt restriktiv abortlagstiftning, som Irland,

till länder med en mer liberal lagstiftning, som Storbritannien.

Mot bakgrund av den växande medicinska turismen från framför allt USA har det växt fram organisationer som undersöker vårdgivarnas kvalitet och ger ackreditering till dem som bedöms vara av tillräckligt hög standard. Trots detta finns det risker med medicinsk turism. Det kan exempelvis vara särskilt svårt att få kompensation vid felbehandling, speciellt om man inte tecknat särskilda försäkringar för detta i sitt hemland. Att alls hitta en lämplig inhemsk instans att vända sig till vid missnöje kan vara problematiskt. Svenska medborgare som åker till andra länder och får njurtransplantationer genomförda kan bli smittade exempelvis med hepatit. Även om de sedan kan bli behandlade i Sverige för sin infektion när de kommer tillbaka, finns det ingen patient-skadeförsäkring som gäller för denna typ av oftast illegala operationer. I dag är det heller inte ovanligt att patienter med en allvarlig sjukdom åker till Kina för att där få stamceller inplanterade, behandlingar som än så länge inte anses vara i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Man vet ännu inte om behandlingen stjälper mera än hjälper.

Utöver riskerna finns det bredare etiska problem som aktualiseras av den medicinska turismen. Exempelvis har det börjat rapporteras om att det blivit svårare att möta de inhemska behoven i vissa länder, exempelvis i Thailand, då en betydande andel av den egna medicinska expertisen ägnar sig åt de inkomstbringande turisterna. Detta medför en rättviseproblematik, då en fattig grupp i tredje världen som redan har haft sämre tillgång till vård får än större problem med denna tillgång. Ett annat problem är att de grupper som har råd att skaffa sig vård på annan ort på detta sätt kan kringgå inhemsk lagstiftning. Utöver att man kan tycka att det är moraliskt tveksamt i sig, medför det i förlängningen att lagarna i ett land i praktiken bara gäller de fattiga i landet som inte har råd att kringgå lagarna genom att resa bort. Det kan till och med leda till att lagarna undergrävs. Det kan exempelvis vara svårt att försvara legi-

timiteten hos en lag som inte tillåter *PGD* för att hindra föräldrar att föda barn med vissa genetiska egenskaper, om detta enkelt kan kringgå via en medicinsk turistresa.

Ett relaterat problem som brukar nämnas i detta sammanhang är internationaliseringen av försäkringsmarknaden. Även om detta inte är medicinsk turism som sådan är företeelsen ett resultat av samma generella trend gällande globaliseringen av världens ekonomi, som består av ökad rörlighet av varor, tjänster och kapital över gränserna. I försäkringsfallet kan de länder som väljer att ha strikta regler för vilken genetisk eller medicinsk information privata försäkringsbolag ska få tillgång till, få problem på sikt. De personer med påvisad låg sjukdomsrisk kan vilja teckna billigare liv- och sjukförsäkringar i länder som tillåter användande av sådan information, vilket gör att de individer med högre risker för sjukdom stannar i bolagen i landet, vilket gör att de måste höja premierna, vilket i sin tur gör det än mer attraktivt att skaffa försäkringar utomlands osv. Det hela leder till en spiral som på sikt kan undergräva både de inhemska försäkringsbolagens lönsamhet och den restriktiva lagstiftningen.

Ett särskilt brännande område rör medicinsk turism i anslutning till transplantation och organhandel. Även om detta nästan uteslutande handlar om illegal verksamhet finns det vissa indikationer på att sådan handel sker, framför allt från Kina och Indien, även om omfattningen är okänd. Detta problem kan växa, eftersom skillnaden mellan utbud och efterfrågan av organ ökar i många länder. Dels går det att göra fler och säkrare transplantationer, vilket ökar efterfrågan, dels går det att rädda fler som skadar sig, vilket minskar tillgången. Det är inte helt ovanligt att svenska medborgare åker till Iran där man har ett speciellt system för donation av njurar från levande donatorer och där transplantation sker under betryggande villkor (se *islamisk etik*). Eftervården med behandling med immunmodulerande mediciner sker då i Sverige.

Ett annat område som aktualiserats de senaste åren rör patienter som befinner sig i livets

slutskede, exempelvis som följd av en progressiv degenerativ neurologisk sjukdom, vilka åker till Schweiz i syfte att få hjälp med ett självmalt livsslut (se *assisterat suicid*). Det finns flera uppmärksammade exempel på detta från de senaste tre åren. Svenska medborgare som har kontakt med en läkare i Holland kan också i princip få dödshjälp om patienten uppfyller kriterierna för detta (se *läkarassisterat självmord* och *aktiv dödshjälp*). Även detta kan sägas vara en form av medicinsk turism.

LITTERATUR: Gray et al. 2008.

Medikalisering av exempelvis sociala eller psykologiska problem innebär att man använder en vetenskaps begrepp och teorier för att förklara och förstå ett annat vetenskapsområdes fenomen och problem. Man talar också om *reduktionism*. Psykologisering, ideologisering eller *etikalisering* är andra former av reduktionism. Se exempelvis *Wakefieldfallet*.

Inom den kliniska medicinen är det ibland svårt att låta bli att medikalisera eftersom både psykologiska och sociologiska fenomen kan påverka såväl den psykiska som somatiska hälsan. Om en patient exempelvis har problem på sitt arbete eller i äktenskapet så att han/hon ligger vaken på nätterna eller får högt blodtryck eller blir deprimerad så måste läkaren försöka bistå patienten om han/hon söker hjälp. Om patienten inte är beredd att säga upp sig eller skilja sig, så kan det vara en pragmatisk lösning att exempelvis ge patienten lämplig medicin.

Medikalisering används också som term för den allmänna trenden att i ökad utsträckning se problem som medicinska problem, dvs. som problem som den medicinska vetenskapen eller de medicinska professionerna är bäst lämpade att lösa och som därmed bör falla inom medicinens kompetens- och ansvarsområde. Vanliga exempel på medikalisering är fetma, fysiska avvikelser, t.ex. håravfall eller stor näsa, låg fysisk eller psykisk prestationsförmåga samt mentala tillstånd som nedstämdhet, koncentrationssvårighet och rastlöshet, tillstånd som i allt högre grad tacklas med medicinska behandlingar och metoder. Ett besläktat begrepp är *patologisering*,

som innebär att problem identifieras eller begreppsläggas som sjukdomsproblem, dvs. får en sjukdomsetikett (se också *indikationsglidning*). Givetvis kan ett problem medikaliseras utan att patologiseras, eftersom man kan använda medicinska medel för att lösa det utan att klassificera det som en sjukdom, även om patologisering och medikalisering ofta följs åt. Detta är speciellt tydligt i psykiatri där antalet diagnoser har trefaldigats från DSM I (1952) till DSM IV (1994), från cirka 100 till över 300, vilket dock enbart delvis beror på patologisering men också på att sjukdomslandskapet blivit mer finfördelat. Man skiljer på saker man tidigare buntade ihop under samma diagnos. Medikalisering behöver inte vara något negativt, men termen används ofta av dem som är kritiska till utvecklingen, ibland med hänvisning till att utvecklingen leder till ökad medicinsk kontroll av problem, som då går från att betraktas som samhällseliga problem vi kan ställa under demokratisk kontroll, till vetenskapliga problem som bäst hanteras av medicinska experter. Ibland hänvisar man till att medikalisering ofta innebär biologisering, dvs. att problem definieras och förklaras i biologiska termer, vilket leder till att man försöker lösa problemen med hjälp av psykofarmaka. Stök i skolan brukar ofta tas som exempel och knyts då till diskussionen om DAMP och ADHD. Önskvärt i dessa sammanhang är att skilja på problemens förklaring, som mycket väl kan vara biologisk, och problemens lösning.

LITTERATUR: Brülde et al. 2003.

Medlidande med en annan människa innebär att man kan leva sig in i den andra personens lidande eller situation. Förmågan att leva sig in i andras situation (*empati*) och lidande kan vara mer eller mindre utvecklat, men en viss grad av förmåga till medlidande krävs för att man ska kunna handla etiskt försvarbart, åtminstone enligt *dygdetik* och *sinnelagsetik*. Även plikt- och konsekvensetik ser ofta medlidande som något positivt, eftersom det motiverar människor att handla med hänsyn tagen till andras intressen. Vissa individer med personlighetsstörningar



saknar emellertid förmågan till medlidande, exempelvis den *narcissistiskt störda personen* som är för upptagen av sig själv för att kunna leva sig in i andras situation.

Ibland kan det vara svårt att leva sig in i en annan persons lidande, exempelvis vid vissa psykotiska tillstånd där patienten har svårt att kommunicera sitt lidande, och kanske i stället är utåtagerande och intar en fientlig inställning. Vid sällsynta tillfällen kan man också stöta på patienter som är så krävande och upplevs så besvärliga att det kan vara svårt att känna medlidande, och oftast finns det dock en förklaring på sådana patienters beteende. Se *besvärliga patienter* och *vad skulle du göra i mitt ställe*.

Meitner, Lise (1878–1968) upptäckte och beskrev tillsammans med Otto Hahn fissionsprocessen, men fick aldrig det vetenskapliga erkännande som rätteligen tillkom henne. Hahn, som var man, hade större vetenskaplig pondus och fick 1944 ensam Nobelpriset i kemi. Se också *Matteuseffekten* och *genusperspektiv*.

Mendel, Gregor (1822–1884) var munk som genomförde försök med växter vilka var banbrytande för den moderna genetiken. Mendels försök räknas sålunda som ett vetenskapligt genombrott inom ärftlighetsforskningen då det gäller studiet av dominant och recessiv egenskaper, även om resultaten inte uppmärksammades då de presenterades kring 1866. Frågan är om Mendel redan hade sin hypotes klar innan han började genomföra sin forskning och en del tyder på detta. Han använde sig av ärtväxter och genomförde korsningsförsök där han jämförde dominant egenskaper som form (rund) och färg (gul) med de motsvarande recessiva egenskaperna kantig och grön. Om vi benämner de dominant egenskaperna för A och de recessiva egenskaperna för a så skulle man enligt Mendels hypotes förvänta sig följande fördelning om Aa korsas med Aa:

	Aa	Aa	
A	Aa	aA	aa

Fenotypiskt får vi ett förväntat förhållande mellan runda/gula och kantiga gröna på 3:1. Mendel genomför sedan ett första försök där han använder 252 moderplantor som i andra generationen leder till 5 474 plantor som är runda/gulbladiga och 1 850 som är kantiga/gröna vilket motsvarar en fördelning på 2,96:1, dvs. mycket nära det förväntade resultatet. I ett andra försök använde han 258 plantor och fick 6 022 runda/gula och 2 001 kantiga/gröna vilket motsvarar en fördelning på 3,01:1, alltså ännu närmare den förväntade fördelningen. Redan 1936 gör statistikern Ronald Fisher andra uppmärksamma på att dessa fördelningar förefaller alldeles för bra för att vara sanna. Men för att inte själv råka illa ut – Mendel hade då blivit en *vetenskaplig legend* – konstruerar Fisher en tänkt trädgårdsmästare som också skulle ha känt till Mendels hypotes, och som för att

glädja Mendel skulle ha fördelat tveksamma exemplar i rätt hög. Se även *vetenskapliga legender* och *forskningsfusk* samt *abduktion*.

LITTERATUR: Judson 2004.

Mendelsk ärftlighet refererar till monogentiskt (dominant som exempelvis Huntington och recessiv som exempelvis cystisk fibros) arv vilket kan kontrasteras med polygenetisk, multifaktoriell eller komplex ärftlighet där många olika gener är involverade, och där det finns en tydlig interaktion med miljön, som exempelvis hjärt-kärlsjukdom, schizofreni, diabetes och vissa former av cancer. De flesta stora folksjukdomar är alltså komplext nedärvda och kan därför inte bli föremål för en enkel mendelsk analys vad gäller orsak och sannolikhet för insjuknande. Även vad gäller monogentiskt ärftliga sjukdomar kan det också finnas andra modifierande gener som påverkar sjukdomens penetrans och därmed gör att individen inte blir sjuk trots en genetisk disposition, som exempelvis vad gäller bröstcancer vid bärande av genen BRCA1.

Meningslös behandling är generellt sett sådan behandling som inte gagnar patienten och som inte är medicinskt motiverad och kanske till och med skadar mer än den gagnar. Vanligtvis används termen meningslös behandling i samband med vård i livets slutskede, där man valt att gå från kurativa strategier till palliativa och där man genom aktiva åtgärder, dvs. vad som går utöver basal sjukvård, kan förlänga *dödsprocessen* och kanske därmed även förlänga ett lidande. Det kan röra sig om hjärt-lungräddning, dialysbehandling eller respiratorbehandling, men även antibiotikabehandling mot en lunginflammation.

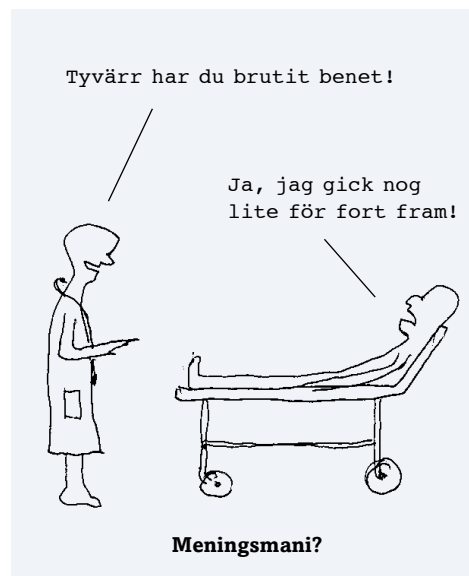
Begreppet meningslös behandling är dock inte helt okontroversiellt eftersom läkaren ofta anses ha tolkningsföreträde gällande ett medicinskt behov, dvs. vad som är medicinskt motiverat, men även i bedömningen av vad som är livskvalitet för en icke beslutskapabel patient. Ibland har patienten eller närstående föreställningar och förväntningar om behandling som

inte motsvarar vad läkaren bedömer som medicinskt motiverat. I sådana situationer försöker man förhandla och komma fram till en kompromiss och gemensam strategi som kan innebära viss grad av överbehandling. Rent medicinskt kan sådana strategier förefalla meningslösa, men sammantaget kan de ändå ha en mening. Gäller frågan exempelvis fortsättning av respiratorbehandling, exempelvis vid en omfattande hjärnblödning, och läkare anser att utsikterna till att en svårt sjuk patient skulle kunna överleva utan respirator är minimala, kan en kompromiss vara att man avvaktar några dagar ifall närstående önskar detta. Ibland kan det också vara sjukvården som önskar förlänga respiratorbehandling om det är aktuellt med organdonation. Då kanske det är närstående som är tveksamma och anser en sådan fortsatt behandling vara meningslös och ovärdig. Se också *suboptimal behandling* och *begränsning av behandling*.

LITTERATUR: Zucker et al. 1997.

Meningsmani är en term som används för att karakterisera situationer då *hermeneutikens*, *fenomenologins* och framför allt den freudianska psykoanalysens tolkningar går till överdrift i sin strävan efter att identifiera en avsikt och därmed en mening med händelser där det inte funnits någon intention eller mening bakom. Om någon till exempel har en genetisk disposition för att utveckla en viss sjukdom så kan sjukdomen tolkas som att det var Guds straff för att personen syndade i ett eller annat avseende en tid innan sjukdomen manifesterade sig. Med andra ord innebär meningsmani att man tillämpar *ändamålsförklaringar* när *orsaksförklaringar* är mer rimliga. Man kan också tala om övertolkning av fenomen, vilket är en risk om man antar att det finns en mening bakom alla händelser. Det är självfallet angeläget att försöka förstå patientens föreställning om orsaks sambandet för att eventuellt kunna ge en mer realistisk förklaring, men det är inte rimligt att förmedla en sådan föreställning till patienten.

Ett typiskt exempel på meningsmani och övertolkning är den äldre kvinnan som söker sin allmänläkare på grund av smärtor i ena fo-



ten. Det har börjat efter det att maken blivit inlagd på sjukhus på grund av en livshotande sjukdom. Kvinnan känner stor olust inför de dagliga besöken hos maken, besök som hon ändå tycker att hon måste göra. En tolkning av meningen med patientens symtom skulle då kunna vara att smärtan i foten är ett symboliskt uttryck för hennes olust och känslomässiga smärta inför dessa möten med sin allvarligt sjuka make. Omedvetet vill hon egentligen inte gå dit. Det är fötterna som bär henne till sjuk-sängen och som på sitt sätt protesterar mot att gå dit. Allmänläkaren som omedelbart resonerade på detta sätt var ändå lite fundersam över att det bara var den högra foten som patienten hade ont i, och vid närmare utfrågning visade det sig att när kvinnan stod böjd över makens sjuksäng placerade hon högerfoten i nedre delen av en triangel i sängkonstruktionen och på så sätt hade hon klämt det yttre (laterala) metatarsalbenet. När patienten slutade med att placera foten i denna triangel slutade även hennes besvär.

Det finns förstås risker för felbehandling och kränkningar om man övertolkar patienters symtom, men man bör ändå vara uppmärksam på att man ofta måste försöka att just tolka patienters symtom genom att lyssna på deras

farhågor, föreställningar och förväntningar. I annat fall kan misskommunikation leda till både överutredning och överbehandling. Se också *Freud och psykoanalysen*, *hermeneutik* och *Freudian slip of the tongue*.

LITTERATUR: Kvale 1997, Marc-Wogau 1967.

Meritokrati refererar till ett samhälle som styrs av de skickligaste personerna i samhället som genom olika test har kvalificerat (meriterat) sig till de styrande posterna. Det är alltså genom deras speciella kvalifikationer som de utses till att få betrodna poster och inte genom att de tillhör en speciellt släkt, politisk tillhörighet eller samhällsgrupp (exempelvis adeln). Meritokrati fanns exempelvis i det gamla Kina där denna speciellt utvalda grupp av människor stod för kvalificerade beslut och var ett värn mot korruption och dålig styrning av landet. Även om Sverige har demokrati med politiskt valda ledare, kan man säga att landet i samband med att adeln förlorade sina privilegier och de mest dugliga fick möjlighet att göra karriär i rikets tjänst, också har en form av meritokrati inom de offentliga institutionerna. Ett meritokratiskt styrt samhälle är alltså ett samhälle som, åtminstone delvis, styrs efter *förtjänstprincipen*, som innebär att den som är mest meriterad, och därmed mest förtjänt, bör få tillgång till de fördelar som det innebär att ha en gynnad position, exempelvis status och hög lön.

Kommunitaristen Michael Walzer menade att meritokratin har sin rättmätiga position i vårt samhälle just vad gäller fördelning av ämbeten och andra positioner i arbetslivet, eftersom det är en del av ämbetens sociala innebörd att de ska fördelas efter förtjänst. Om vi började fördela ämbeten enligt lotten eller på något annat sätt där kvalifikationer blir irrelevanta skulle vi anse det som orättvist. Även i den liberala traditionen har man ansett att meritokrati vad gäller fördelning av ämbeten är det rimliga. Exempelvis Rawls menar att fördelning av gynnade positioner i samhället ska ske enligt ideallet om lika möjligheter, där kvalifikationer ska avgöra. Dock är Rawls kritisk till förtjänstprin-

cipen, eftersom de förutsättningar från vilka vi skaffar våra kvalifikationer sällan eller aldrig är valbara. Därför måste möjligheterna att erövra de relevanta kvalifikationerna också vara lika, enligt Rawls. Frågan är dock om Rawls krav på att de utgångspunkter, från vilka vi skaffar våra kvalifikationer också måste vara förtjänade för att vi ska kunna tala om moraliskt relevant förtjänst någonsin kan bli uppfyllda. I ljuset av detta är det tveksamt om meritokratin kan få ett stöd från liberal utgångspunkt, åtminstone om vissa ämbeten är förbundna med andra belöningar i form av exempelvis högre lön. Den amerikanske filosofen James Fishkin har hävdat att det enda sättet att förena lika möjligheter med ren meritokrati är att ge upp familjens oberoende, eftersom det krävs för att utjämna utgångsmöjligheterna fullt ut.

I den akademiska världen kan man säga att det råder meritokrati, eftersom den som anses som mest meriterad i princip ska få tjänsten, även om det här kan finnas indikationer på att det kan komma in andra aspekter också, såsom Wold och Wännerös påpekade i en artikel i *Nature* 1997 med den talande rubriken *Neopotism and sexism in peer review*. Meritokrati är åtminstone ideallet i forskarvärlden, även om det inte alltid efterlevs. Vi talar i samband med prioriteringar också om att dessa kan göras med hänsyn till meriter, vilket dock strider mot *behovs-* och *solidaritetsprincipen*. Se *konfucianism* och *prioriteringar* samt *gräddfil*.

LITTERATUR: Favrholt 1997, Walzer 1983, Wold et al. 1997.

Mertons CUDOS-normer, se *CUDOS-normer*.

Metaetik är den del av moralfilosofin som "uti-från" studerar de begrepp och metoder som ingår i etiken snarare än använder sig av dessa begrepp och metoder för att besvara substantiella moraliska frågor. Med andra ord handlar metaetik om vad etik är snarare än vad som är etiskt. Ett annat sätt att uttrycka det är att metaetik består av läror om etik medan etik består av läror i etik. Ytterligare ett sätt att uttrycka det

är att säga att om etiken handlar om moralens innehåll, vad vi bör göra och inte etc., så handlar metaetiken om moralens natur, dvs. vad det innebär att böra något. Om man inom etiken exempelvis frågar sig vad som gör ett liv gott frågar man sig i metaetiken vad det innebär att säga att något är gott, om man kan ha kunskap i denna typ av frågor, och om det verkligen kan finnas saker som är goda. Ett annat exempel är att någon kan säga att tortyr är fel. Detta är ett moraliskt påstående. Metaetiken frågar sig då vad det är för slags utsaga. Är det i första hand ett uttryck för en känsla eller i första hand ett uttryck för en uppfattning? Vad är det som gör påståendet sant eller falskt, om något, och i kraft av vad vi kan påstå att vi har skäl för att det är sant eller falskt, om något? Av detta följer att metaetik också handlar om hur man avgränsar etiska aspekter från andra, exempelvis psykologiska eller tekniska eller empiriska.

Som framgår finns det åtminstone tre typer av frågor som ingår i metaetiken. För det första 1) har vi språkliga/semantiska frågor: Vad gör vi när vi faller ett norm- eller värdeomdöme? Vad innebär det att säga att något är rätt eller fel? Ger vi bara uttryck för en känsla, en inställning eller en attityd vi har gentemot något, eller gör vi anspråk på att påstå något bestämt om det vi faller det värderande omdömet om? Enligt *emotivismen* är moraliska omdömen uttryck för känslor, och enligt olika former av objektivism är moraliska omdömen uttryck för påståenden om något. Vissa *objektivist*er är naturalister och hävdar att omdömena handlar om naturliga (empiriska) företeelser, medan andra är *non-naturalister* och menar att moraliska omdömen handlar om särskilda moraliska egenskaper. För det andra 2) finns det kunskapsteoretiska (epistemologiska) frågor: Hur rättfärdigar man värdeomdömen? Går det att göra? Skiljer sig detta rättfärdigande från sakfrågors rättfärdigande? Här finns det skeptiker i moralfrågor, som hävdar att det inte går, och *kognitivist*er, som hävdar att det går. För det tredje 3) har vi ontologiska frågor: Finns det värdefakta eller värdeegenskaper? *Realisten* svarar ja, *nihilisten* nej. Om de existerar, existerar de oberoende

av oss eller beror de i någon mening på vad vi t.ex. anser eller kommer överens om? Idealisten inom metaetik tror på det sistnämnda alternativet. Dessa frågor hänger naturligtvis ihop, då det exempelvis är svårt att hävda att det finns värdefakta om man inte kan ange någon idé om hur man ska rättfärdiga förekomsten av dessa. Vidare vore det märkligt att säga att det finns värdefakta men att vårt värderande språk inte handlar om dessa. Med andra ord rimmar emotivism illa med realism. För det fjärde 4) bör man nämna moralpsykologiska frågor: Vad gör oss moraliskt motiverade? Kan man uppriktigt omfatta ett moraliskt omdöme utan att ha någon motivation att handla i enlighet med det eller består omfattandet av moraliska omdömen just i motiverande inställningar?

Metaetik kan ses i kontrast till *normativ etik* och *deskriptiv etik*, även om vissa skulle inkludera även den deskriptiva etiken som en del av ett metaetiskt intresse, åtminstone om man ser empiriska fakta om vår språkanvändning som relevanta för den semantiska metaetiska frågan. Distinktionen mellan metaetik och normativ etik är komplicerad och omstridd. Enkelt handlar normativ etik om moralens innehåll och metaetik om moralens natur. Eftersom det handlar om olika frågor är det förstås möjligt att vara oeniga i metaetiska frågor fast man är enig i etiska och tvärtom. Två personer kan vara eniga om att dödandet av oskyldiga alltid är fel, men den ena är idealist och den andra är realist. Likaså kan två realister vara oeniga om att dödandet av oskyldiga alltid är fel, och den ena kanske tror på läran om *livets helgd* medan den andre är *utilitarist*. Helt oberoende kan dock inte frågorna vara, eftersom man ju försvarar vissa moraliska ställningstaganden när man bedriver normativ etik. Då måste man ha någon idé om vari ett sådant försvar ska bestå, dvs. åtminstone en allmän idé om moralisk epistemologi måste förutsättas. Det är då tänkbart att vissa sådana idéer passar bättre med vissa bestämda moralläror än andra.

LITTERATUR: Bergström 1997, Mackie 1977, Miller 2003.

Metaforer är ett språkligt grepp där metaforen beskriver något genom att tillskriva det egenskaper det inte har i bokstavlig mening, exempelvis "sanningens ljus", "hav av kval" eller "förtvivlans grepp". En filosofisk fråga är var gränsen går, om någonstans, mellan metaforiska beskrivningar och bokstavliga. Inom medicinen är metaforer vanliga och kan vara en sorts mer eller mindre värdeladdade omskrivningar av sjukdomar och dess orsaker. Susan Sontag har i sin bok *Sjukdom som metafor*, beskrivit den metaforiska användningen av tuberkulos (TBC) och cancer. Enbart omnämmandet av namnet tuberkulos eller cancer har i vissa tider ansetts påverka en patients prognos och bidragit till en kultur i Sydeuropa där man informerat patientens närstående men inte patienten själv. Även om det finns likheter mellan TBC och cancer (cellulärpatologins fader, Rudolf Virchow, ansåg exempelvis att tuberkulos var en tumörsjukdom) så finns det ändå stora skillnader i synen på dessa sjukdomar. Medan det funnits myter om att patienter med tuberkulos är euforiska, spirituella med en ökad kreativitet och libido samt känner ringa smärta, förknippas cancer med död och elände då en cancersjuk patient har smärtor, nedsatt libido och vitalitet, kanske förändringar som är "motbjudande för sinnera" och därför finns det även en tendens till att en cancersjuk patient håller sin sjukdom hemlig för andra, sin arbetsgivare, sina närstående. TBC beskrevs tidigare som havande ett galopperande sjukdomsförlopp medan cancersjukdomen ansågs som en utdragen process där man i dödsannonser för en cancerpatient använder sig av eufemismer som "NN avled efter en lång tids sjukdom". Även om kategorier kan återverka på människor utan att vara metaforiska, så används metaforer i högre utsträckning om just begrepp som är värdeladdade och känsliga. En form av metafor är eufemismer, exempelvis de uttryck som finns för "att dö": "att kila runt hörnet", "att gå bort", "att inte längre vara bland oss" etc.

Inom medicinen använder vi oss också ibland av metaforer hämtade från den militära begreppsvärlden. Mikroorganismer attackerar

vår kropp, vårt immunsystem försvarar sig och sjukvården bekämpar infektioner med antibiotika, för krig mot cancer med strålkärlar, etc. Det finns en rad diagnoser i vars namn ingår speciella metaforer, exempelvis diagnosen utbränd (se *fenomenologi*). Vi använder också ibland metaforer som illustrerar relationen mellan läkare och patient. Läkaren som spelar Gud – allvetande och allmäktig – och då underförstått att patienten är Guds underlydande. Läkarrollen har också ibland jämförts med föräldrarollen, då underförstått att patienten är barnet som inte förstår sitt eget bästa och att det därför är bäst att läkaren fattar beslut. Man kan då tala om *paternalistiska* metaforer. Även tolkningen av sjukdom som ett straff för syndigt leverne kan uppfattas som en metafor. Ett begrepp som ofta används i etiska resonemang är det *sluttande planet* som också är en metafor och i viss mån fungerar som ett analogiresonemang, stenen som rullar okontrollerbart nerför en sluttning.

Metaforer kan ha stor makt över oss, inte enbart över språket, utan de kan också påverka våra värderingar (se exempelvis användningen av den mer elakartade metaforen *judebaciller*). En annan ganska bisarr metafor, men sannolikt effektiv, användes under Hitlertidens början som ett argument för s.k. eugeniska insatser i samhället. Man talade om Adolf Hitler som det tyska folkets läkare. Det var då underförstått att han skulle se till att "samhällskroppen" skulle vara välmående och att man samtidigt gav honom tillstånd att om nödvändigt skära bort sjuka delar av samhällskroppen, dvs. psykisk tfunktionshindrade, judar och andra etniska minoritetsgrupper som då ansågs vara mindervärdiga. I modern tid har pastor Åke Greens liknande metafor om homosexuella som en cancersvulst på samhällskroppen uppmärksamats mycket.

En speciell svensk metafor är uttrycket *gräddfil*, som antagligen kommer från en trafikpolitisk prioritering där samhällets grädda, exempelvis kungahusets medlemmar, får köra i en speciell fil som innebär att de inte behöver sitta i bilkö som alla andra. Denna innebörd tilläm-

pas också inom sjukvården där man talar om gräddfiler för personer som anses ha meriterat sig på ett eller annat sätt, exempelvis idrottsstjärnor, skådespelare, kändisar, framstående politiker etc. Även det beslätade begreppet ”samhällets grädda” är en metafor hämtad från en tid då mjölken levererades i genomskinliga flaskor och mjölken var ohomogeniserad vilket innebar att grädden efter ett tag flöt upp och samlade sig i flaskhalsen, vilket utgjorde kanske en tiondedel av mjölken. Mjölkmetaforen ska då förstås i analogi med konservatismens politiska filosofi, enligt Edmund Burkes där samhället jämförs med en organisk kropp (se *politiska ideologier*). Huvudet (samhällets grädda) ska då bestämma och se till att övriga organ och extremiteter skyddas och fungerar optimalt och i gengäld ska ”samhällskroppen” se till att underlätta och göra tillvaron så bra som möjligt för huvudet.

Som antytts kan metaforer både fungera som en sorts retorisk dekoration, appellera till känslor och ha en kognitiv funktion genom att peka på aspekter som genom användningen av metaforen blir tydliga. Det finns ett samband med *analogiresonemang* som också kan ha en kunskapsteoretisk och kreativ funktion.

LITTERATUR: Proctor 1988, Sontag 1989, Svenaeus 2003.

Metropolitstudien var en samhällsvetenskaplig longitudinell studie av en kohort om 15 000 människor från Stockholm som man sedan 1966 hade samlat in information om, angående olika sociala och medicinska förhållanden (ekonomi, arbete, sjuklighet, kriminalitet, dödlighet etc.) När studien påbörjades fanns ingen praxis för forskningsetisk granskning, i alla fall inte av samhällsvetenskapliga projekt, och något informerat samtycke hade inte inhämtats. Det var en registerstudie där ambitionen var att samköra med andra register. Under året 1986 kom studien emellertid till allmänhetens kännedom, presenterad som en forskningsetisk skandal. Studien bidrog till att skapa misstänksamhet mot forskning generellt. Studien bidrog också så småningom till

att den första forskningsetiska utredningen kom till stånd i Sverige 1988. Den presenterades i SOU 1989:74 där man bland annat tog upp frågan om den forskningsetiska granskningen. Studien är ett exempel på att avståndet mellan forskarvärlden och befolkningen ibland kan bli stort och att det inte finns en konsensus så som man kan uppnå i exempelvis forskningsetiska kommittéer eller som de nu benämns: *etikprövningsnämnder*.

LITTERATUR: SOU 1989:74.

Mill, John Stuart (1806–1873) är i detta sammanhang mest berömd för sin vidareutveckling av *Benthams* utilitarism. Till en början var han anhängare av Benthams version, men efter en livskris kom han att ändra uppfattning. Han menade att olika positiva upplevelser var ojämförbara med avseende på kvalitet. Vissa var alltid av högre kvalitet och därmed alltid av högre värde, menade Mill. Enligt Mill har exempelvis att läsa poesi, lyssna på Mozart och att utföra intellektuella sysslor ett högre värde än omedelbar behovstillfredsställelse eller kroppslig njutning. Med andra ord det är bättre att vara en olycklig eller missnöjd Sokrates än att vara en nöjd dumbom. En låg intensitet och varaktighet av intellektuell lycka (högre stående) är att föredra framför hög intensitet och varaktighet av en lägre stående lust. För att avgöra vilka njutningar som är mer värdefulla skulle man enligt Mill konsultera dem som var bekanta med två sorters njutningar (säg av öl och av matematik) och fråga dem vad de regelmässigt föredrar. Mill verkade då utgå från att de skulle föredra den mer avancerade sortens njutning. Det är dock inte självfallet. För Bentham är det den enskildas upplevelse av hur det känns på insidan som avgör upplevelsens värde, dvs. var och en blir salig på sin fason, men för Mill finns det alltså en sorts externa eller objektiva kriterier för vilka upplevelser som har högre och lägre värde. För Mill har exempelvis förmågan att själv fatta beslut ett värde (om än *instrumentellt värde*), och han argumenterar för att detta delas av andra samt att om alla var autonoma individer så skulle alla bli mer lyckliga än om de

inte var det. Frågan är dock om det räcker med upplevelsen av autonomi eller om autonomi dessutom ska vara *autentisk*. Se även *Bentham*, *hedonism*, och *utilitarism*.

LITTERATUR: Mill 1984, Tersman 2004.

Milgrams lydndsstudie refererar till den amerikanska psykologen Stanley Milgrams (1933–1984) experiment som han genomförde under åren 1960–1963. Syftet med studien var att undersöka hur auktoritetstroende människor är och hur långt man är beredd att lyda en auktoritet även om man härigenom kan skada en annan människa. Bakgrunden var en diskussion om vad som hade hänt i Hitler-Tyskland där många av dem som var anklagade för bestialiteter hänvisade till att de enbart lytt order. Experimentet gick till på så sätt att de försökspersoner som rekryterades informerades (felaktigt) om att de deltog i en pedagogisk studie där man skulle undersöka om man genom straff (elektriska strömstötar) skulle kunna underlätta inläring. Försökspersonerna skulle sålunda fungera som lärare och utdela elektriska stötar till eleven som svarade fel. Eleven var emellertid en skådespelare som i förhand var instruerad om att han/hon skulle sprätta till och skrika när en lampa lyste som indikerade att det gavs stötar. I själva verket gavs inga strömstötar. Studien var upplagd på så sätt att för varje gång som en elev svarade fel skulle strömstyrkan ökas och ”eleven” var instruerad om att ungefär varannan gång svara fel. Om försökspersonen ville avbryta experimentet övertalades han att fortsätta med, i tur och ordning, följande argument: Var snäll och fortsätt; experimentet kräver att du fortsätter; det är av yttersta vikt att du fortsätter; du har inget val, du måste fortsätta. Resultaten visade att om eleven/skådespelaren fanns i ett annat rum utan möjlighet för att höra dennes skrik så var det 65 % som fortsatte till högsta (och dödliga) strömstyrkan och 35 % som avbröt eller vägrade innan dess. Om läraren/försökspersonen fanns i samma rum och en halv meter från eleven/skådespelaren och sålunda kunde både

höra och se eleven så var det 40 % som fortsatte och 60 % som vägrade.

Experimentet illustrerar att ju större avstånd det är till vårt offer, desto mer är vi benägna att lyda en auktoritet, och motsvarande, ju närmare vi är desto mer benägna är vi att själva ta ställning och ansvar. Det var också lägre andel som fortsatte om experimentsituationen tedde sig mindre imponerande, t.ex. om man befann sig i ett lager och inte på ett universitet. Däremot spelade försökspersonernas personliga egenskaper, som utbildningsnivå, historia och (självrporterade) karaktärsdrag mindre roll, vilket indikerar att det är situationen snarare än personen som avgör hur man handlar och i vilken utsträckning man är beredd att lyda. Denna indikation har blivit ett centralt tema inom socialpsykologin (se också *mynttelefonexperimentet*) och har även använts för att kritisera moraluppfattningar som lägger avgörande vikt vid just karaktärens utformande snarare än omständigheternas inverkan, såsom *dygdetiken*.

Även om Milgrams studie är av stort värde och har haft stor betydelse för diskussionen inom psykologin är den uppenbart forskningsetiskt kontroversiell. De aktuella försökspersonerna fick inte adekvat information om syftet med eller upplägningen av studien, och de fick inte heller information om att de kunde avbryta sitt deltagande när som helst. Försökspersonerna blev till och med felinformerade om syftet med studie. Detta var förstås en nödvändighet av metodologiska skäl. Hade man givit försökspersonerna adekvat information skulle experimentet vara meningslöst och värdet av studien synnerligen litet. Frågan är dock om värdet av det faktiskt genomförda experimentet var så stort att det kunde uppväga den kränkning och det psykologiska lidande som det innebar för försökspersonerna. De som fortsatte att ge strömstötar kan ju inte precis ha mått bra när det blev klart att de var mer auktoritetstroga och osjälvständiga än de som avbröt sitt deltagande. Samtidigt har vissa uppföljningar som gjorts visat att de som tillhörde den lydiga gruppen i efterhand omvärderat sina liv och vä-

gat leva mer i enlighet med sina egna önskemål oaktat konventionella krav.

Migrans lydnadsstudie har upprepats i en lätt modifierad version, där högsta strömstötten var begränsat till 150 volt jämfört med Milgrans 450 volts chockgenerator. Resultaten av denna undersökning ger dock likartade resultat.

LITTERATUR: Burger 2009, Milgram 1974.

Mirakel, se medicinska mirakel.

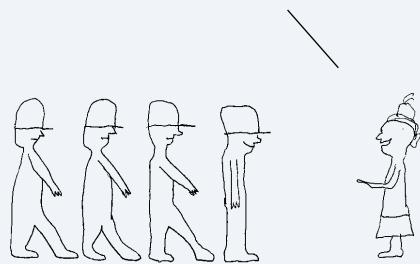
Missbruk eller bruk av alkohol och andra droger kan bidra till att vi förlorar vårt omdöme och därmed själva äventyrar vår autonomi. Enligt *Kant* är detta inte försvarbart eftersom vi då inte kan fungera som rationella varelser. Bruk av droger kan emellertid ur en hedonistisk utilitarism försvaras om det leder till ett ökat välbefinnande både på kort och på lång sikt, vilket dock är tveksamt med tanke på biverkningar, och det förhållandet att de flesta droger i vårt samhälle inte är fritt tillgängliga och därför förutsätter viss kriminell aktivitet. På sikt kan därför obehaget bli större (om vi hamnar i fängelse) och om detta är fallet leder bruk av droger inte till ett samlat överskott av välbefinnande. I psykiatriskt sammanhang definieras missbruk som något som inte ger tillfredsställelse, utan som skapar medicinska och sociala problem, och missbruket sålunda som något som måste åtgärdas.

Missbruk av diagnoser har förekommit i olika tider, ibland i syfte att hjälpa patienter, ibland i syfte att ta vara på samhällets intressen. Diagnosen *drapetomani* användes exempelvis under 1840-talet i Sydstaterna i USA och var uttryck för en slavs benägenhet att fly sin herre. Detta fenomen ansågs alltså vara ett sjukligt tillstånd av medicinen vid denna tidpunkt. Man kan alltså säga att diagnosen användes för att sjukförklara något som vi i alla fall i dag skulle uppfatta som en fullt begriplig och förklarlig reaktion på det tvång och den ofrihet som afroamerikaner blev utsatta för. Indirekt suggererades sålunda att det normala för en slav var att lyda sin herre och inte fly, på

så sätt tjänade diagnosen samhällets eller i alla fall slavägarnas intressen (se också *patologisering* och *medikalisering*). Dock kan man också argumentera för att användandet av den aktuella diagnosen kunde bidra till att rädda livet på den aktuella slaven. Om han/hon nämligen var sjuk så skulle patienten ju ha behandling och inte straffas, vilket oftast betydde hängning i närmaste träd. På samma sätt kan man också säga att psykiatrin i dag eller åtminstone under Sovjettiden användes för att sjukförklara politiska dissidenter så att de hamnade på sinner sjukhus, men att man därigenom hindrade det som kanske var värre. Missbruk av diagnoser tydliggör det som man kan vara blind för om man betraktar sin egen tid: att sjukdomsklassificering, åtminstone i viss utsträckning, är en fråga om värderingar och ett sätt att klassificera något som icke önskvärt. Frågan är i vilken utsträckning detta gäller och när det också är något negativt för berörd patient. Se också *sjukdomsbegrepp*.

Moderskärlek uppfattas vanligen som den speciella uppmärksamhet, omsorg och beskydd som en mamma riktar till sitt barn särskilt i nyföddhetsperioden. Det har diskuterats om moderskärlek är en medfödd egenskap eller om den är mer kulturellt betingad. Den kristna Bibels berättelse om kung Salomos dom tas

Titta, där går min son!
Lägg märke till att han är
den ende som går i takt.



Äkta moderskärlek?

gärna till intäkt för att det finns en speciell och medfödd moderskärlek som trotsar egna intressen. Se också *etisk kreativitet*.

Moore, George Edward (1873–1958) var en engelsk moralfilosof som bland annat är känd för att ha formulerat det s.k. *naturalistiska felslutet*. Felslutet består i att man likställer betydelsen av ett värderande ord, som ”gott” eller ”bra”, med något rent deskriptivt, som ”är gynnsamt för artens överlevnad” eller ”leder till största möjliga lycka” eller vad som helst annat som i princip går att avgöra rent empiriskt. Det naturalistiska felslutet är besläktat med *Humes* lag, som fastslår att man inte kan dra slutsatser från beskrivningen av faktiska förhållanden (vad som är) till hur man bör handla.

Även om många som en följd av Moores moralfilosofi leddes in i *non-kognitivistiska* eller *emotivistiska* teorier var dock Moore inte non-kognitivist. Moore ansåg att det gick att uppnå kunskap om värderingar, exempelvis om vad som är gott eller dåligt, men han var anhängare av intuitionen som kunskapskälla i detta sammanhang (se *intuitionism*). Intuitionerna måste dock provas mot Moores tankeexperimentella test, som går ut på att man ska föreställa sig ett universum som inte innehåller något annat än det vars värde man vill undersöka. Om man undrar om lycka har ett

Inte för att jag vill lägga mig i,
men du borde verkligen tänka dig
för innan du öppnar munnen!



Smygmoralism?

egenvärde ska man alltså föreställa sig ett universum som endast består av en lycklig individ. Sedan ska man fråga sig om det är bättre att detta universum finns för sin egen skull snarare än inget universum alls. Om svaret efter noggrant övervägande är ja, så kan man lita på sin intuition att detta verkligen har *egenvärde*. Utifrån denna metod kom Moore fram till att det var organiska helheter med olika komponenter som har egenvärde. Exempelvis vore ett universum bestående av en njutande varelse bättre än inget universum alls, men om varelsen njuter på grund av sadism så är det sämre än inget universum alls. Njutning är alltså inte obetingat gott utan enbart i en helhet där den har vissa, exempelvis icke-sadistiska, orsaker. Här använder alltså Moore *tankeexperimentet* som metod för att lösa grundläggande frågor om vad som är värdefullt. Moore var vidare utilitarist i den meningen att han ansåg att ju mer av det goda man kunde förverkliga, desto bättre.

Moore försvarade också det sunda förnuftet mot vidlyftiga spekulationer och menade att om en filosofisk teori exempelvis förnekade existensen av en materiell oberoende omvärld, så måste den därmed förkastas eftersom den är i strid med sunt förnuft, hur välgrundad den än kan te sig. Därav kommer förmodligen skrönan att han försökte bevisa existensen av en materiell omvärld genom att sparka till en sten och säga: ”Det här är beviset!”

LITTERATUR: Moore 1993.

Moral är latin och betyder sed. Ordet har ursprungligen precis samma betydelse som det grekiska ordet etik, men de två orden moral och etik har så småningom fått olika innebörder i vissa sammanhang. Ibland står etik för de systematiska och genomtänkta etiska systemen och moral står för individens faktiska handlande eller den gängse synen på vad som är rätt och fel i ett samhälle, alltså mer i enlighet med den ursprungliga betydelsen. Man skiljer exempelvis mellan Immanuel Kants etik, som refererar till hans etiska eller moralfilosofiska verk, medan hans moral handlar om hur han faktiskt handlade och bemötte andra människor.

Moralfilosofi är ett annat ord för etik, dock i meningen en systematiskt genomtänkt och konsistent etik. Se vidare *moral*.

Moralisera är härlett från moral och innebär att någon annan talar om för mig eller har synpunkter på hur jag handlar. Moralisering kan ta utgångspunkt i paternalistiska överväganden men är ofta en efterrationalisering eller motivförädling. Oftast när vi talar om moralisering tar dock denna utgångspunkt i den moraliserande personens egen moral som då anses vara överlägsen och som även den andra individen bör handla efter. Moralism används därmed ofta som en etikett på en snäv, bigott och självgod samhällsmoral som emellanåt tar sig uttryck i moralpanik. Moralpanik drabbar ofta företeelser som är mer spridda i yngre generationer med en förment skadlig verkan, som tevetittande, dataspelande eller bruk av ny medicinsk teknologi som *assisterad reproduktion*. När man hör sådant som ”Jag vet att det är mot moralen att ha många sexuella förbindelser, men jag tycker inte att det är fel” är det snarare moralism än en genomtänkt moral eller etik man reagerar mot. Både läkare, barnmorskor och andra förmedlar ibland direkt eller indirekt sina egna privata och oombedda värderingar till sina patienter. Det kan röra sig om sexualmoral, deras syn på aborter, deras syn på patientens livsstil etc. Detta i motsättning till genetiska vägledare som är mycket måna om att inte förmedla sina egna värderingar. Se också *genetisk vägledning*.

Moralisk resning, se *värdighet*.

Moralisk status är ett uttryck som används för att avgöra om man bör ta hänsyn till individen/fenomenet eller inte för dess egen skull. En vuxen och beslutskapabel människa har moralisk status, men har en vuxen med svåra psykiska funktionshinder det? En människa som befinner sig i ett oåterkalleligt vegetativt stadium? Ett befruktat ägg? Ett djur? En växt? En sten? Vem och vilka individer och föremål som vi tilldelar moralisk status beror på vilken

etisk värdeteori vi baserar våra överväganden på. Är det allt som är levande inklusive växter och djur? Eller ska kriteriet vara att man kan känna smärta? I så fall har alla kännande varelser moralisk status, inklusive råttor och möss. Om vi i stället förutsätter att man ska kunna reflektera över sig själv och andra, får vi ett mer exklusivt urval av individer.

Moralisk utveckling kan tolkas i aristotelisk mening och sker då i tre utvecklingssteg. Det första steget innebär att man handlar rätt därför att man fruktar att straffas om man inte gör det. Det andra steget innebär att man handlar rätt därför att man vill visa respekt för lagen och det tredje steget innebär att man handlar rätt därför att man har insikt i vad som är det rätta och har utvecklat praktisk klokskap (se *Aristoteles*). Den dansk-amerikanska psykologen Erik Erikson har också utvecklat en teori om hur dygder utvecklas i relation till vilket stadium man befinner sig i livet. Denna teori har likheter med både Aristoteles och bröderna Dreyfus modell. Den första dygden är enligt Erikson **hoppet**, som baserar sig på att barnet utvecklat tillit till någon vuxen, exempelvis modern. **Stabilitet** och **varaktighet** är också nyckeltermen. **Viljan** är nästa dygd i den eriksonska utvecklingsmodellen och är karakteristisk för småbarnsperioden där barnet lär sig att samarbeta, samtidigt som det börjar hävda sig självt och sin vilja och då också riskerar att bli besviket och känna misslyckande. Den tredje dygden är **målmedvetenhet** där barnet eller ungdomen försöker förverkliga sina mål och den fjärde dygden är **kompetens** där medlen för målpuppfyllelse växer fram, vilket kan ge upphov till glädje. Den femte dygden är **trohet** som innebär att den unga människan söker och prövar stabila värderingar och mening i livet. Troheten kommer till uttryck i den personliga lojaliteten mot de egna målen och hållningarna. I vuxenstadiet av livet utvecklas dygdena **kärlek** och **omsorg**. Sist kommer dygden **vishet** som kommer till uttryck i förmågan att kunna göra mogna omdömen och uppvisa ett sakligt intresse för själva livet. Dygdena ut-

vecklas alltså som livet framskrider och den ena dygden förutsätter den andra.

Även hos den danska filosofen Søren Kierkegaard kan man identifiera en dygdetisk utveckling som börjar med kalkborgaren (som nog uppfattas som en person som oftast inte kommer vidare), sedan estetikern, ironikern, etikern, humoristen och sist den religiöse. Se *Kierkegaard*.

I moderna versioner uppfattas moralisk utveckling olika beroende på om det är Lawrence Kohlberg eller Carol Gilligan man refererar till. Moralisk utveckling enligt Kohlberg går i kort- och långsikt ut på att moralisk medvetenhet utvecklas från: 1) barnet (situations- och personbundet) och 2) tonåringen (socialt bundet) till 3) den vuxna (allmänna normer och principer). Utvecklingen sker successivt från situationsorienterat (få nära) till principorienterat (många avlägsna andra) handlande (jämför från konkret till abstrakt tänkande). Kohlberg talar om olika stadier: 1) för-konventionella stadiet (egoistiska hänsyn), 2) konventionella stadiet (hänsyn till allmänt accepterade konventioner i gruppen) och 3) post-konventionella stadiet (altruistiska hänsyn). Utvecklingen av princip-tänkande i kombination med känslomässig förmåga till empati representerar moralisk utveckling/mognad. Se *Kohlberg*.

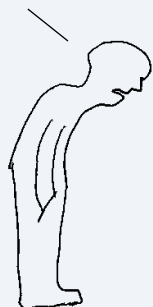
Carol Gilligan ansåg att Kohlbergs modell favoriserade och fokuserade på pojkars perspektiv och inte tog hänsyn till flickors och kvinnors. Pojkar har fokus på principer, lagar och sanktioner samt konsekvenser och generaliserbarhet. Flickor/kvinnor fokuserar på hur handlingar upplevs av de berörda och huruvida man kan tillgodose alla berörda. Fokus är på situationen, personer och relationer samt avsikt och sinnelag, och flickorna/kvinnorna är beredda att göra undantag från generella regler. Båda studiernas tillförlitlighet har diskuterats och det är frågan hur långtgående slutsatser man kan dra. Drar man slutsatsen att ett senare stadium är bättre faller man offer för ett brott mot *Humes lag*: att sluta sig till hur det bör vara från hur det (eventuellt) är.

LITTERATUR: Dreyfus et al. 1986, Erikson 2000, Gilligan 2001, Kohlberg 1981.

Motivförädling är ett uttryck för att man, när det kan finnas flera skäl för att handla på ett visst sätt, väljer att motivera sitt handlande med det som är socialt mest accepterat. När vi till exempel ska argumentera för att avsluta livsuppehållande behandling av en patient som befinner sig i ett persisterande vegetativt stadium och där patienten själv i ett tidigare skede önskat att hon i ett sådant läge inte vill ha livsuppehållande behandling, så är vi mer benägna att lyfta fram respekten för patientens tidigare uttryckta vilja, än att ange krassa ekonomiska skäl eller att platsen behövs för andra mer behövande patienter (rättvisaspekter). Även i situationer där det faktiska skälet kan vara det mindre acceptabla kan man önska att lyfta fram ett mera ädelt eller socialt accepterat motiv. På samma sätt som vi kan tala om *doktrinen om dubbla effekter* kan vi sannolikt också ibland tala om doktrinen om dubbla avsikter, men där man föredrar att enbart betona eller tala om den mest socialt acceptabla avsikten.

Motsägelseprincipen säger att en språklig sats som är sann eller falsk, dvs. har sanningsvärde, inte kan vara både sann och falsk samtidigt. Detta är en kunskapsteoretisk och logisk förutsättning för rationell argumentation, eftersom acceptansen av en motsägelse innebär att man ger upp möjligheten att förkasta sådant som säger emot en. Ur en motsägelse följer med andra ord alla påståenden och deras negationer. Då man inom moralfilosofin (*metaetiken*) diskuterar (och ifrågasätter) huruvida moraliska omdömen kan vara sanna eller falska, använder man (*non-kognitivist*) här ofta i stället krav på konsistens i argumentationen. Det kan dock finnas skenbara motexempel mot denna princip, som mångtydiga satsen som exempelvis ”Masken är röd” där mask förstås av en individ som teatermask och av en annan som djuret mask. Mask är då en oklar referens eftersom det råder olika uppfattningar om vilken typ av mask man talar om, eller att den ena tänker

Ingen tänker på mig.
Alla tänker enbart på sig själva.
Det är bara jag som tänker på mig.



Motsägelse?

på en mask vid en viss tidpunkt och den andra på masken vid en senare tidpunkt. Men denna oklarhet innebär inte något problem för motsägelseprincipen. Många (alla?) ord i vardagspråket är dessutom vaga, vilket innebär att det inte är klart för exakt vilka företeelser ett ord är tillämpligt. Detta medför att man rimligen kan hävda att en sats både är sann och inte, t.ex. ”Pelle är flintskallig” om Pelle är tämligen tunnhårig. När oenigheter uppkommer kan det därmed bero på att man lägger olika innebörd i samma vaga ord, så att oenigheten inte är genuin utan snarare handlar om terminologi än om sakfrågan. Detta undviks lättast genom att man tydligare definierar precis vad det är man själv lägger i ett ord. Argumentationsmässigt fusk är att medvetet använda sig av ords vaghet för att undgå invändningar.

LITTERATUR: Read 1999.

Munnens socialitet är ett uttryck för att munnen liksom ögonen är en del av människans mer påtagliga sociala identitet och det sätt varmed vi kan på icke-verbalt sätt avläsa en annan människas sinnestillstånd. Enligt sociologen Johan Asplund är det vanligen ögat som varit i fokus när man diskuterar icke-verbal kunskapsförmedling. Ett ögonkast eller ett uteblivit ögonkast kan leda till eller undvika konflikter och man kan med ögat förmedla både skamkänsla,

och glädje. Men munnen kan ha likartade funktioner och man kan le eller se sur ut genom att forma munnen. Den dansk-amerikanska komikern, Viktor Borge, skrev en bok med rubriken *Leendet* är den närmaste vägen mellan två människor. Att munnen är viktig även för att identifiera en person kommer bland annat till uttryck vid de väpnade rån som genomförs i cowboyfilmer där skurkarna för att dölja sin identitet enbart drar en halsduk över nedre delen av ansiktet, dvs. den döljer munnen. Vi vet också hur förändrat utseende en person kan få när han/hon får ett munsår, lägger snus innanför överläppen eller förstorar läpparna med hjälp av plastikoperation. Man kan alltså ändra en persons yttre identitet genom att ändra på munnens form. Munnen är sålunda liksom ögat en viktig del av den icke-verbala kommunikationen och på en del av de tecknade figurer som finns i denna skrift markeras figurens sinnetillstånd eller reaktion på verbala yttranden genom att munnen återges med olika, enkla streck. Se också *tyst kunskap* och *kunnande*.

LITTERATUR: Asplund 2006.

Mutor är gåvor till personer i maktställning där gåvan har till syfte att jag själv (eller närstående) uppnår vissa fördelar. Man kan diskutera i vilken omfattning det är frågan om en klassisk antropologisk gåva-utväxling. Enligt antropologer är avvisandet av en gåva ofta att betrakta som en krigsförklaring i många kulturer. Att ge en gåva i syfte att uppnå något som man kanske inte skulle ha fått om man följt vanliga rutiner är därför en delikat sak. Man talar också om mutbrott och det är då klart att den som tar emot mutan är den som gjort något brottsligt. Givaren har försökt att besticka personen i maktställning och givarens brott är alltså bestickning. Båda brotten är straffbara enligt svensk lag. Både mutor och bestickning omfattas av begreppet korrupktion som innebär missbruk av en förtroendeställning eller maktposition för egen vinning genom mottagandet av mutor eller givandet av mutor (bestickning).

Mynttelefonexperimentet refererar till två socialpsykologers experiment som syftade till att belysa om det är situationen eller robusta mänskliga karaktärsdrag som styr vårt handlande när det exempelvis gäller att hjälpa andra. I försöket, som genomfördes av Isen och Levin 1972, ingick 41 vuxna människor, män och kvinnor. De hade inte i förhand fått information eller gett något samtycke. Försöket gick ut på att en av försöksledarna gick in i en telefonkiosk och där växelvis efterlämnade vad som motsvarade ett tjugofem öres mynt i returmyntsfacket. Man väntade härefter på att någon (här benämnd försöksperson) skulle gå in i telefonkiosken. Samtidigt fanns där en kvinnlig medverkande (försöksledare) med en hög papper under armen som tillsynes stod och tittade i ett skyltfönster. När försökspersonen sedan lämnade telefonkiosken gick kvinnan mot försökspersonen och tappade alla pappren framför denna. Det visade sig sedan att av dem som hittade ett mynt i mynttelefonens returpack hjälpte samtliga kvinnorna och tre fjärdedelar av männen den olycksdrabbade kvinnan. Av dem som inte hittade ett mynt var det enbart några få män som hjälpte och ingen av kvinnorna som gjorde det. Frågan är sålunda om egenskapen eller dygden hjälpsamhet är en robust egenskap eller om den nästan enbart är beroende av situationen. Exemplet har liksom *Milgrams* lydnadsförsök tagits till intäkt för att *situationsetik* är av större betydelse än *dygdetik*. Det finns dock andra exempel som kan nyansera bilden, exempelvis Romers, Gruders och Lizzardros experiment om altruism från 1986. Se *altruism*.

LITTERATUR: Isen et al. 1972.

Människosyn handlar om uppfattningar om människans natur, ställning och syfte. När man talar om människosyn avses ofta relativt omfattande system av uppfattningar som rör både föreställningar om människans faktiska beskaffenhet, exempelvis om hon i grunden är altruistisk eller egoistisk, har en fri vilja eller inte, eller är enbart kroppslig eller också själslig (se dualism), samt vilken moral som är rimligast

för människor, dvs. normativa och värderingsmässiga frågor (se *normativ etik*), samt om förhållandet mellan de faktuelle och normativa frågorna. Eftersom en mängd olika ställningstaganden i normativa frågor är förenliga med en mängd olika ställningstaganden i faktuelle frågor uttrycks ibland en viss skepsis mot att tvinga in dessa ställningstaganden i det begränsade antal förutbestämda kategorier som ofta refereras till i samband med människosyn, t.ex. ”humanistisk” kontra ”religiös” eller ”biologisk” kontra ”social”. Det innebär både att man riskerar sammanblandningar av frågor och ”guilt by association”-resonemang. Det är dock ett vanligt sätt att kategorisera mer omfattande tankeriktningar gällande människan och hennes plats i universum som just människosyn.

Man kan finna många olika exempel på olika människosyn. Synen på människan behöver inte begränsa sig till det inom- och mellanmänskliga, utan kan även ha betydelse för hur vi ser på människors förhållande till djur. Enligt en gammaltestamentlig syn är exempelvis människan skapad av Gud, är speciellt utvald och har som sådan en särställning bland alla levande varelser och naturen som sådan, enligt hierarkin: Gud, änglar, människor, djur, växter och död materia. Vi ska här ge några exempel på olika människosyn som har eller har haft betydelse för uppfattningen om människan som moralisk varelse och som därmed har uttryckt olika synsätt angående människans grundläggande benägenhet att vara god eller ond och fri eller ofri.

Den kristna människosynen enligt det Nya testamentet och Paulus är att människan är en syndig varelse enligt devisen: Det goda som jag vill gör jag inte och det onda som jag inte vill gör jag. Med andra ord: Människan är en irrationell varelse (i motsättning till antikens uppfattning) som enbart genom sin tro kan få nåd och därmed status som människa. Enligt Thomas av Aquino har: 1) människan gemensamt med alla levande varelser en strävan efter att upprätthålla sin existens och man bör därför skaffa sig det som är nödvändigt för sin överlevnad. Vidare har 2) människan och djuren

den gemensamma benägenheten att para sig och ska därför göra så och även ta hand om sin avkomma. Slutligen 3) har människan sin speciella benägenhet att vara förnuftig och uppnå sann kunskap och att leva i ett samhälle. Man ska därför enligt den naturliga lagen undvika okunskap och inte kränka dem man lever tillsammans med. Thomas av Aquinos beskrivning refereras ofta till som en naturrätt, som alltså bygger på idén om att på grund av att människans natur är på ett visst sätt, så följer också vissa handlingsdirektiv.

Enligt Luther finns det fyra slags människor: 1) De troende som utför alla gärningar (handlingar) i frihet från lagen. 2) De lata som missbrukar friheten till lathet, och de ska förmanas med hjälp av lagen. 3) De onda som alltid kommer att synda och som måste tvingas med lagen och med världsliga svärd. 4) De barnsliga och ofullkomliga i tron som ska lockas med allehanda yttre medel och ceremonier. Enligt Luther är människan som ett dragdjur som leds av antingen Gud eller Satan. Enligt Luther har människan alltså ingen fri vilja och han ger uttryck för en deterministisk människosyn som hela tiden relateras till Gud. Detta kan kontrasteras till renässansmänniskan och *humanismens* uppfattning om människans natur.

Enligt renässanshumanismen är människan en självständig individ med möjlighet att utforma sin tillvaro. Människan har en fri vilja som innebär möjligheten att planera sitt liv och leva det på sitt eget sätt. Med renässansen återupptäcks antikens tänkare och det sker en rehabilitering av människan som förnuftsvarelse och av människans värdighet. Renässanshumanismen föregriper en rad moralfilosofiska traditioner som förknippas med människans värdighet och självbestämmande (autonomi) såsom det kommer till uttryck bland upplysningsfilosofins människosyn; i England – *Hobbes, Locke, Hume* och *Mill*; i Frankrike – *Voltaire, Diderot, La Mettrie, Descartes*; och i Tyskland – *Leibniz* och *Kant*. Descartes människosyn är av intresse eftersom den också markerar på vilket sätt människan skiljer sig från djuren. Enligt Descartes består människan av två grundsubstanser: en

kropp (som har utsträckning i rummet) och en själ (som inte har utsträckning i rummet). Det är med själen man tänker: förmågan att tänka definierar människan som människa. Djuren har inte förmåga till reflexion eller självreflexion. Djur uppfattas sålunda som ren kropp som inte upplever smärta eller ångest, och ett djurs skrik ska snarare tolkas som ett ljud än ett låte, som när en dörr knarrar. En filosof som går lite längre är La Mettrie som anser att människan är en maskin som ska förstås i termer av hävstångar, blåsbälgl, pumpor, kugghjul m.m., vilket ger en syn på sjukdomar som vore de fel på en apparat. Denna syn har övertagits i det moderna biomedicinska *paradigmet* i och med den s.k. apparatfelsmodellen.

Ett exempel på en annan människosyn är Freuds där vi finner en distinktion mellan medvetna och omedvetna aspekter och där exempelvis felsägningar, felhörningar och felhandlingar samt drömmar kan ge ledtrådar till det undermedvetna. Människan kan som följd av inre psykiska konflikter inte handla rationellt, hur välupplust individen än är. Ett trauma tidigt i livet kan ge upphov till inre psykiska konflikter vilka gör människan ofri. Vi släpar med andra ord runt på våra ”stentavlor” och enda sättet att bli kvitt dem är genom psykoanalys/psykoterapi. Se *kognitiv beteendeterapi* och *Freud och psykoanalysen*.

En annan psykologisk teori om människans natur finner vi i behaviorismens människosyn som utgår ifrån att människan är en produkt av sin sociala miljö, i samspel med genetiska förutsättningar som dock spelar en underordnad roll. Det sätt man kan ändra ett beteende på är genom belöning och straff eller s.k. positiv och negativ förstärkning (stimulus-respons). Detta får som konsekvens att man fokuserar på beteendet och att allt tal om handlingar med avsikt uppfattas som nonsens.

Den moderna genetiken kan också i vissa avseenden peka på att vårt beteende är givet vissa genetiska villkor, dvs. vad vi kan och vad vi inte kan. Enligt exempelvis en kantiansk moralfilosofi är förmågan att utföra en handling alltid förutsatt ett resonemang kring plikten att ut-

föra handlingen. Kan jag (enligt Mark Twain) som George Washington inte ljuga, då är det inte moraliskt kvalificerande att avstå från att ljuga. Kan man däremot ljuga, men har genom ett välgrundat resonemang kommit fram till att man bör avstå från det, så är handlingen kvalificerande. Människosynen har alltså stor betydelse för hur man ska bedöma en människas handlingar och även *människovärdet*.

LITTERATUR: Andersen 1993, Fagerberg et al. 1997, Johansson et 2008, SMER 1994.

Människovärde och idén om existensen av ett sådant kan sägas utgöra en komponent av en *människosyn*. Människovärde kan exempelvis referera till den särställning som människan antas ha i relation till djur. När vi ska argumentera för att hålla människovärdet (eller människovärdesprincipen) högt kan vi hänvisa till negativa historiska erfarenheter då så inte har skett, exempelvis under nazitidens Tyskland och Stalintidens Sovjetunionen. Däremot är det svårt att positivt argumentera för att människovärdet ska ha den speciella status det har, och man talar om att begreppet är positivt underbestämt.

Människovärdet motiveras ofta religiöst. Eftersom människan är skapad till Guds avbild intar också människan en särställning och har i kraft av denna särställning en speciell människovärdighet som måste respekteras oavsett den aktuella människans förmåga att hävda sin värdighet, exempelvis förståndshandikappade, medvetlösa, små barn eller foster. Ofta anses människovärdet vara ograderbart. Antingen har man människovärde eller också har man inte. Konsekvensen om man överger idén om människans särställning kan bli att 1) människan kan behandlas som djur eller att 2) djuren kan behandlas mer mänskligt. Relationen till djur blir dessutom problematisk om man ska försöka att relatera den till intelligens eller kommunikationsförmåga. Delfiner, schimpanser och andra apor har tydligen en välutvecklad kommunikation och även till synes moraliska instinkter. Vilken status ska dessa djur ha i relation till gravt förståndshandikappade män-

niskor eller människor med nästan utsläckt hjärnfunktion som följd av en hjärnskada?

Människovärdet är ett problematiskt begrepp, och det kan vara rimligt att skilja mellan att vara värdefull och att ha människovärde respektive skyddsvärde. Att vara värdefull som människa kan förstås variera beroende på situationen. För en arbetsgivare är en speciell människa bland dem som söker jobbet av speciellt värde (meritvärde), medan andra är mindre värdefulla. För den som är kär är föremålet för kärleken mer värdefull än andra människor. Vissa människor är mer moraliskt beundransvärda än andra, och det är exempelvis svårt att jämställa Hitlers och Nelson Mandelas moraliska värdighet som människor. Att alla människor inte är av samma värde är alltså mer eller mindre trivialt. Vidare lever olika människor olika värdefulla liv, vilken syn på vad som gör livet värt att leva man än har. Det är exempelvis svårt att hävda att ett barn som föds med Krabbes sjukdom har ett lika bra liv som någon som lever ett långt och lyckligt liv i harmoni med andra. Frågan är då vad man ska förstå med principen om alla människors lika värde. Enligt Ingemar Hedenius kan man med principen om alla människors lika värde förstå följande: ”Att alla människor har samma värde är detsamma som att alla människor har samma mänskliga rättigheter och samma rätt att få dem respekterade och att ingen människa i detta avseende är förmer än någon annan.”

Statens medicinsk-etiska råd (SMER) har i sin skrift *Det svärfångade människovärdet* angivit fyra karakteristika: 1) Människovärdet är knutet till människans existens och inte till funktioner (i samhället) eller egenskaper (skicklig pianist eller läkare); 2) Människovärde ska uppfattas som ett axiom som är oberoende eller före (a priori) empiriska undersökningar eller empirisk kontroll; 3) Människovärdet innebär att alla människor har vissa fundamentala rättigheter som ska respekteras och i detta avseende är ingen förmer än andra (se Ingemar Hedenius definition ovan) och 4) människovärde utesluter inte möjligheten av att värdera människors egenskaper, lämplighet eller kvalifikationer i

ett visst bestämt sammanhang (exempelvis vid ansökning av en befattning).

I stället för att tala om människovärde kan man tala om personers och djurs skyddsvärde som kan graderas. Ett foster kan exempelvis sägas ha skyddsvärde, men man kan ifrågasätta om det har människovärde i den meningen att det är helt okränkbart. Allteftersom fostret växer till ökar dess skyddsvärde. På samma sätt kan man säga att djur och växter samt naturen har skyddsvärde. Se även besläktade begrepp som *autonomi*, *integritet* och *mänskliga rättigheter*.

LITTERATUR: Bergström 2004, Fagerberg 1997 et al, Nordenfeldt 2004, SMER 1993.

Mänskliga rättigheter är sådana rättigheter som definierar individens rätt gentemot andra och staten. De indikerar den begränsning i maktutövandet som en stat kan använda mot individen. Tanken om mänskliga rättigheter växte fram speciellt tydligt efter andra världskriget och i relation till de brott mot mänskligheten som nazismen begick mot den egna befolkningen. År 1948 antogs *FN:s allmänna deklaration om de mänskliga rättigheterna*. Här fastslås det att alla människor är födda fria och lika i värde och rättigheter. De gäller för alla

oavsett hudfärg, kön, språk, religion, politisk uppfattning och social ställning. Man preciserar följande innehåll: 1) de grundläggande friheterna såsom yttrandefrihet, religionsfrihet och mötesfrihet; 2) rättigheterna till skydd mot övergrepp såsom förbud mot slaveri och tortyr samt rätten att inte bli godtyckligt frihetsberövad, och 3) rättigheterna att få de grundläggande behoven tillgodosedda, såsom rätten till sjukvård, tillfredställande levnadsstandard och utbildning.

I dag anses det vara staten som via sina myndigheter har ansvar för att de mänskliga rättigheterna främjas och skyddas. Detta gör man bland annat genom att det finns ett rättssystem, lagstiftning, undervisning och socialt stöd. Staten har skyldighet att kontrollera att både offentliga och privata aktörer inte kränker rättigheterna, som gäller både under fredstid och under väpnade konflikter. Dock kan det under väpnade konflikter göras undantag för mänskliga rättigheter, men exempelvis tortyr och slaveri är alltid brott mot de mänskliga rättigheterna, och brott kan anmälas till folkrättsdomstolar. I Sverige finns en rad myndigheter som speciellt bevakar mänskliga rättigheter i relation till statens myndighetsutövning. Det gäller exempelvis Barnombudsmannen och Diskrimineringsombudsmannen. I andra länder kan man ha en författningsdomstol som reglerar och kontrollerar att mänskliga rättigheter respekteras.

LITTERATUR: Griffin 2008.

N

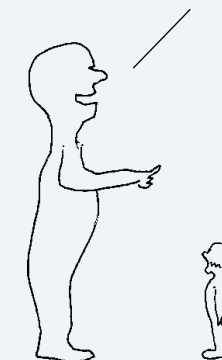
Narcissistisk personlighetsstörning

är en typ av personlighetsstörning där personen antas att i ett tidigt skede i livet ha fått en störning i sin relation till föräldrarna som exempelvis kan ha varit frånvarande under de första levnadsåren. Personen har därför utvecklat en mycket svag självuppfattning som sedan kompenseras med en grandios självbild, en självbild som man försöker försvara med alla medel. Om någon ifrågasätter självbilden kan reaktionen bli mycket våldsam, exempelvis raseri och mer eller mindre illa dold vrede, och personen ifråga är sålunda mycket lättkränkt. En vanlig beskrivning av narcissisten (enligt Sigrell) är att denna försöker att själv framstå som perfekt eller speciell och anser sig stå över alla normer och regler, t.ex. att man har särskilda rättigheter så att man exempelvis inte behöver stå i kö som alla andra. Narcissisten har vidare en tendens att exploatera andra och försöker hela tiden att få komplimanger och bli beundrad. Narcissisten karakteriseras dessutom av en bristande förmåga till empati och kan till och med känna sig irriterad eller förolämpad om en vän på grund av sjukdom lämnar återbud till en träff. Den narcissistiskt störda personen är sålunda en problematisk person att göra avtal med och den genuina narcissisten lever ofta i upphöjd ensamhet. Det kan förstås finnas olika grader av narcissism och vi kan alla ha mer eller mindre utvecklade narcissistiska drag. Man talar exempelvis om pseudonarcissism i samband med ungdomars självupptagenhet, men det är ofta en narcissism som går över allteftersom personen mognar och får ta ansvar för andra. En personlighetsstörning innebär just att det är karaktärsdrag som inte ändrar sig.

Det finns därför situationer där en narcissistisk personlighet kan skapa stora problem. Om

en sådan person dessutom är begåvad och karismatisk kan personen lätt förföra sin omgivning och uppnå höga positioner i företag eller i forskarsamhället, inom sjukvården eller i samhället i stort. Om narcissisten då upplever sig som ifrågasatt kan han eller hon reagera mycket kraftigt och skälla ut kritikern/budbäraren så att ingen vågar säga något som kan göra ledaren på dåligt humör. När en sådan ledare är på gott humör skiner solen och alla känner värmen från honom/henne, men så snart någon ställer fel fråga blir det iskallt och alla fryser. Den karismatiska ledaren med narcissistisk störning kommer snart att enbart omge sig med sådana som kan hjälpa att till med att upprätthålla den grandiosa självbilden, vilket kan bli katastrofalt för företaget eller den institution där vederbörande är verksam. De flesta företag och organisationer är i dag uppmärksamma på symtomen på den narcissistiskt störda personen och man vill undvika rekrytering av denna typ av ledare.

Kalle, jag svettas – så ta genast av dig tröjan!



Narcissistisk empati?

LITTERATUR: Sigrell 1999.

Nanoteknologi är ett nytt kunskapsområde där man med hjälp av storheter på atom- eller molekylärnivå bland annat kan utveckla nya medicinska behandlingar och man talar då om nanomedicin. Nano betyder att vi är nere på storleksordningen 0,00000001 meter, vilket kan illustreras med ett hårstrå vars diameter är cirka 80 000 nanometer och en DNA-sträng som är två nanometer bred.

Nanoteknologiska produkter har än så länge mest utvecklats inom området ytskiktbehandling. Genom att studera naturfenomen på nanonivå har man sett att man kan lära sig en del. Man har exempelvis begrundat hajars snabbhet, hydrologiska egenskaper och muskelmassa och kommit fram till att de egentligen inte skulle kunna förväntas simma så snabbt som de gör. Studerar man sedan hajens ytskikt så ser det ut på ett ganska speciellt sätt som kan förklara den ökade hastigheten. Om man sedan försöker att imitera hajens ytskikt och exempelvis beklär rör invändigt på samma sätt, kan man observera att flödes hastigheten ökas samtidigt som rörens vidhäftningsförmåga minskar och turbulensfenomen ändras. Detta kan förstås få betydelse för konstruktionen av kärnproteser. Ett område där man redan har tillämpat nanoteknologiska uppfinningar är inom området tandimplantat där titanskruvar har ytskiktbehandlats på ett sätt som gör att de sitter fast och inte stöts bort. Utvecklingen av dessa skruvar har genomförts genom ett ”trial and error-förfarande” då man ännu inte känner till de mekanismer som gör att teknologierna fungerar.

Det finns en lång rad projekt inom den medicinska nanoteknologiska forskningen som kan se lovande ut, men som fortfarande är på projekt- och prövningsstadiet. Det gäller inom diagnostikområdet där man hoppas att kunna konstruera mikrorobotar eller s.k. nanosonder, som via cirkulationen kan ta sig runt till olika organ och kanske även på sikt kan reparera eventuella skador på cellnivå. Man har också idéer om respirocyter som i stället för röda blodkroppar kan transportera syre i blodbanan.

Nanomedicinens potentiella tillämpningsområden innefattar både diagnostik, behandling, förebyggande av sjukdom och skada, smärtlindring, bevarande och förbättrande av människors hälsa. Man föreställer sig att framför allt diagnostik kan göras utan att göra invasiva ingrepp, bland annat genom in vitro-undersökningar av blod, urin och fast vävnad. Man har förhoppningar om att man med nanomedicinska metoder ska kunna förbättra avbildningstekniker, utveckla biomaterial som exempelvis proteser eller genom att använda nanopartiklar som mer specificerade bärare (vektorer) som kan tränga sig in i cellkärnor och därmed ha en cancerdödande effekt.

Konsekvenserna av nanoteknologin är ännu okända. En oro gäller partiklarnas storlek, då de är så små att de genom olika barriärer befaras kunna tränga in i kroppen och även i hjärnan. Man skiljer här mellan risktagandet i samband med att man gör nanomedicinska ingrepp på en enskild patient och risker av folkhälsokarakter där nanopartiklar släpps ut i naturen och i städer, exempelvis genom bildäcks slitage, etc. Man befarar att nanopartiklar om de hamnar i lungorna kan ha samma påverkan som asbestfibrer.

Man har diskuterat tillämpningen av *försiktighetsprincipen*, som ursprungligen kom till när man diskuterade hot mot miljön. Enligt Göran Hermerén bör man kunna tillämpa även försiktighetsprincipen i detta sammanhang under förutsättning av att 1) att det föreligger risk för skada, där man beaktar både risken för exponering och sannolikheten för skadans art och storlek och 2) att det finns osäkerhet om någon kommer att drabbas av denna skada. Tillämpning av försiktighetsprincipen innebär sålunda inte att man ska avstå från forskning och utveckling av nanoteknologiska produkter men att man ständigt försöker att skapa sig en bild av risk- och vinstaspekterna och minimera risktagandet.

LITTERATUR: Hermerén 2007.

Naturalism inom *metaetik* hävdar att moraliska omdömen är en slags erfarenhetsbaserade eller s.k. empiriska omdömen. Enligt naturalismen utgör moraliska omdömen och värdeomdömen påståenden om faktiska sakförhållanden (se *fakta*) som kan kontrolleras med hjälp av undersökningar som baseras på observationer, dvs. empiriska undersökningar. Traditionellt har naturalismen vanligtvis varit en teori, som säger att moraliska omdömen kan analyseras i empiriska eller naturliga termer, alltså en språkfilosofisk/semantisk teori om det moraliska språkets natur. Här följer ett antal olika versioner av semantisk naturalism, som skiljer sig åt med avseende på hur man menar att värdealternativen ska analyseras. Versionerna är inspirerade av Lars Bergströms lista från hans Grundbok i värde teori:

- 1) Ordet ”bra” betyder detsamma som uttrycket ”gillas av mig”. (Ibland kallad självbiografiska teorin eller subjektivism.)
- 2) ”bra” = ”gillas av majoriteten i mitt samhälle”. (Demokratiska teorin)
- 3) ”bättre än” = ”skulle föredras av var och en som är opartisk och har fullständiga kunskaper om de rent faktiska egenskaperna hos de företeelser som jämförs och som dessutom har maximal förmåga till inlevelse i och identifikation med andra personer”. (Ibland kallad ideell observationsteori.)
- 4) ”orätt” = ”leder till mindre lycka än något alternativ”.
- 5) ”orätt” = ”strider mot den historiska eller biologiska utvecklingen”.
- 6) ”orätt” = ”strider mot guds vilja”. (Egentligen en form av supernaturalism, eftersom guds vilja sällan förstås som en empirisk egenskap.)

Alla dessa semantiska teorier hävdar att moraliska omdömen har sanningsvärde, att vi kan (åtminstone ibland) avgöra vilket sanningsvärde de har, och man talar om att de är *kognitivistiska*. Enligt naturalismen är moralisk kunskap alltså möjlig, då den ju bara är en form av empirisk kunskap enligt naturalismen. Det

är delvis detta som gör naturalismen intressant ur ett medicinsk-etiskt perspektiv. Om man framgångsrikt kan försvara någon form av naturalism blir det möjligt att försvara och utvärdera etiska omdömen också inom medicinens område. Man har exempelvis hävdat att medicinens etiska principer får sin giltighet genom att vara de allmänt omfattade inom medicinen, vilket är en slags naturalism som liknar punkt 2 (”rätt” = ”omfattas av majoriteten i det medicinska samhället”).

En fördel med naturalismen framför en av dess motsatser, *non-naturalism*, är att den medför att vi inte behöver anta att det finns särskilda sorters värdefakta. Moraliska fakta är ju bara empiriska påståenden och om de stämmer eller inte, bör då i princip kunna avgöras med vanliga empiriska metoder. Olika versioner av naturalismen har dock olika problem. Ett problem som brukar nämnas med den självbiografiska teorin är att den inte gör reda för moralisk oenighet. Om Per säger att dödshjälp är fel, och Pål säger att det är rätt verkar det som om de säger emot varandra. De kan inte båda ha rätt samtidigt, om vi ska vara rationella och respektera *motsägelseprincipen*. Men enligt den självbiografiska teorin har de båda rätt, eftersom Per inte säger mer än att han ogillar dödshjälp och Pål att han gillar dödshjälp. De säger då inte emot varandra alls.

Ett generellt problem för naturalismen är att den drabbas av det som kallas den öppna frågans argument: Om ”gott” verkligen inte betyder något annat än exempelvis ”leder till största möjliga lycka” så skulle det inte vara en öppen fråga huruvida en handling som leder till största möjliga lycka är god (på samma sätt som det inte är en öppen fråga huruvida trianglar har tre sidor). Och frågan om huruvida en handling är god om den leder till största möjliga lycka, är just en öppen fråga. Detsamma verkar gälla för vilken annan beskrivning vi än byter ut mot gott (se det *naturalistiska felslutet*). Därmed verkar naturalismen också strida mot *Humes* lag, som säger att man inte kan dra slutsatser från beskrivningen av faktiska förhållanden, dvs. vad som är, till hur man bör handla.

Ett sätt för naturalister att bemöta denna invändning är genom att, i stället för att försvara semantisk naturalism, argumentera för en naturalism, som säger att värdeegenskaper är identiska med vissa empiriska egenskaper, s.k. ontologisk naturalism, men att detta inte innebär att värdestermer är synonyma med vissa empiriska termer. En analogi kan illustrera vad som avses: H₂O är detsamma som vatten, men ordet "vatten" är inte synonymt med ordet "H₂O". Ordet "vatten" betyder i vanligt språkbruk ungefär "lukt- och smaklös genomskinlig vätska (något som är blött) som finns i hav, åar, sjöar, regndroppar osv." Om vatten hade varit synonymt med H₂O, så hade det räckt med en språklig analys för att ta reda på att ämnet vatten utgörs av den kemiska substansen H₂O. Formeln H₂O säger inte ens något om det vi kallar för vattning, dvs. att vi blir blöta när vi doppar fingrarna i 20-gradigt vatten. Uppenbarligen krävs något mer än språklig analys, nämligen kemiska vetenskapliga undersökningar. På samma sätt, hävdar den ontologiska naturalisten, är det med moraliska termer, som faktiskt pekar ut vissa empiriska egenskaper, men som inte är synonyma med de empiriska orden som pekar ut dessa egenskaper. Språkfilosofiskt säger man att värdestermer och (vissa) naturliga termer pekar ut samma företeelser, dvs. har samma referens eller extension men olika innebörd eller intension, precis som att termerna "Indien" och "världens folkrikaste representativa demokrati" är termer med olika innebörd (ordet "Indien" betyder inte samma sak som "världens folkrikaste representativa demokrati") men med samma referens då de pekar ut samma land.

Ett annat sätt att bemöta den öppna frågans argument är att säga att analysen är så pass komplicerad att vi alltid är direkt medvetna om den betydelselikheter som ändå råder mellan det moraliska och det naturliga. Exempelvis moralfilosofen Michael Smith har hävdat detta, då han försvarat en version av den ovan nämnda ideella observatörsteorin. Se också *non-naturalism* och *metaetik*.

LITTERATUR: Bergström 1997, Joyce 2006, Miller 2003, Smith 1994.

Naturalistiskt felslut består i att man likställer betydelsen av ett värderande ord, som "gott" eller "bra", med något rent deskriptivt, som t.ex. "är gynnsamt för artens överlevnad" eller "leder till största möjliga lycka" eller vad som helst annat som i princip går att avgöra rent empiriskt. Det naturalistiska felslutet gäller bara om man använder värdestermer på ett grundläggande vis, dvs. när man talar om *egenvärden* (när man säger att det var en bra period i ens liv eller det är det bästa det som sker etc.), och inte för rent instrumentella eller tekniska värderingar, som när man talar om en bra kniv och verkligen inte menar mer än att den exempelvis är välbalanserad och vass. Att det naturalistiska felslutet är ett felslut menade sig *Moore* kunna visa genom den öppna frågans argument: Om "gott" verkligen inte betydde något annat än t.ex. "leder till största möjliga lycka" så skulle det inte vara en öppen fråga huruvida en handling som leder till största möjliga lycka är god (precis som det inte är en öppen fråga huruvida trianglar har tre sidor) vilket det verkar vara – annars skulle utilitarismen vara sann per definition och helt okontroversiell. Detsamma verkar gälla för vilken annan beskrivning vi än byter ut mot gott. Det är omdiskuterat huruvida det naturalistiska felslutet verkligen är ett felslut. Det naturalistiska felslutet är besläktat med *Humes* lag, som menar att man inte kan dra slutsatser från beskrivningen av faktiska förhållanden (vad som är) till hur man bör handla. *Humes* lag är emellertid mer okontroversiell, åtminstone om lagen tolkas som att man inte *deduktivt* kan härleda ett rent värdeomdöme från en konsistent uppsättning rent empiriska premisser.

LITTERATUR: Miller 2003, Moore 1993, Salwén 2003.

Naturmedel är sådana medel som är framtagna eller extraherade från naturen eller naturprodukter där man antar att de har en viss effekt på sjukdomar eller tillstånd. Oftast består ett

naturmedel av många, ibland av ett hundratal olika substanser och man vet inte vilken eller vilka av dessa som är den aktiva eller verksamma. Ett naturmedel har under kontrollerade former granskats för sina biverkningar, men det finns inga krav på att en effekt dokumenteras. Ett naturmedel där man dokumenterat en viss terapeutisk effekt klassificeras som naturläkemedel. Vanligen ges naturmedel och naturläkemedel i doser där de inte är skadliga. Men naturmedel eller naturläkemedel är inte i sig själva mindre skadliga än syntetiskt framställda läkemedel. Extrakt från naturen kan vara synnerligen giftiga, exempelvis vissa svamparter. Vissa läkemedel har också utvecklats mot bakgrund av ett naturmedel, exempelvis vissa cytostatika. Om man lyckas isolera den aktiva och specifika substansen i ett naturmedel, och har teorier om verkningsmekanismen och kan precisera en indikation, och sedan lyckas att i flera oberoende undersökningar visa att det har en statistiskt säkerställd effekt så har vi ett läkemedel. Eftersom alla läkemedel består av materia som kommer från obearbetad natur om man går tillbaks tillräckligt många led och eftersom även naturmedel bearbetas, så är termen "natur" i ordet naturläkemedel förledande. Läkemedel är i själva verket inget annat än just medel där effekten är belagd och den specifika verkningsmekanismen är känd. Ett exempel på naturläkemedel är johannesört som antas ha effekt på stämningsläget och ett exempel på ett naturmedel är Iscador (ett mistelpreparat) som antas ha effekt på cancersjukdomar.

En legitimerad läkare eller sjuksköterska får inte på eget initiativ föreslå eller ordinera ett naturmedel, men på patientens initiativ kan man ge exempelvis Iscador. Dock är detta inte oproblemiskt om patienten har en med vanliga läkemedel behandlingsbar sjukdom. Om en patient begär exempelvis Iscador vid en behandlingsbar cancersjukdom har läkaren inte skyldighet att ge en sådan behandling om han/hon anser att det är i strid med läkarens professionella autonomi som är nära knuten till både vetenskap och beprövad erfarenhet och etiska

överväganden. Se också *positiva* och *negativa rättigheter* samt *alternativmedicin*.

LITTERATUR: SOU 1989:63.

Naturrätt är en etisk tradition där man anser att vissa förpliktelser, förbud och mänskliga rättigheter är naturgivna/naturliga och alltså objektivt existerande och att de därmed uppnår sin giltighet. Naturrätten är alltså en typ av *normativ* teori som medför ett förnekande av *värdenihilism* och *non-kognitivism*.

Ordet naturrätt härstammar från *Aristoteles* och enligt honom gäller naturrätten överallt, dvs. den är universell och analog med naturlagar. Man kan se naturrätt som motsatsen till godtyckliga åsikter (se också *relativistisk etik*). Enligt *Aristoteles* kommer människor genom sin erfarenhet och utveckling av olika dygder fram till vad som är rätt eller rättvist och detta är rätt i kraft av vår mänskliga natur, som innefattar det förnuft som rätt utvecklat ger moralisk insikt.

Den grundläggande tanken inom naturrätten är alltså att vi genom att ta reda på hur naturen är ordnad kan få reda på hur vi bör handla. Mer specifikt kan man säga att när något "bryter mot" naturens ordning, så är det moraliskt felaktigt. En underliggande förutsättning för naturrätten traditionellt (exempelvis hos *Aristoteles*) är en teleologisk uppfattning om hur universum fungerar: tanken att allt i naturen har en funktion eller ett mål. Man ser då naturlagar i analogi med mänskliga lagar, att de har ett vällovligt och inneboende syfte. I dag ser vi detta som ett misstag. Naturlagar har inget syfte och man kan inte bryta mot en naturlag till skillnad från mänskliga lagar, bara vad man tror är en naturlag. Att tro att naturen kan föreskriva vad vi bör göra är snarast ett utslag av det *naturalistiska felslutet*. Därmed har naturrätten hamnat i vanrykte.

Emellertid är det fortfarande vanligt att stöta på argumentationer som har sin historiska grund i naturrättsligt tänkande, framför allt vad gäller påståendet att handlingar är fel för att de är onaturliga. Ett exempel är påståendet att onani och homosexualitet är fel därför att

det är onaturligt, och det tillhörande påståendet att poängen och funktionen med sexuella handlingar är människans fortplantning (prokreation). Frågan är då hur det blir med sexuell aktivitet eller ätande för nöjes skull: får man ens krydda maten om man inte får äta av andra skäl än ”det naturliga syftet”: att få näring? Ett annat exempel är påståendet att det inte är fel att äta djur därför att vi är gjorda för att äta kött. Eller det ibland den förekommande missuppfattningen om evolutionsteori, dvs. att det är naturligt och därmed i sin ordning att starkare individer slår ut svagare. Här tänker man på evolutionen som om den är en egen storhet som har ett mål eller en avsikt: bättre och bättre anpassning. Inga naturvetenskapliga forskare tror på detta i dag. Evolutionen är en biprodukt av spontana mutationer hos individer, där de mest gynnsamma genuppsättningarna har högre sannolikhet att ge upphov till avkomma med högre sannolikhet för överlevnad. Givetvis följer inga normer om hur vi bör bete oss mot varandra från detta konstaterande av fakta. Det följer inget BÖR av ett ÅR.

Traditionellt har också religiösa, normativa teorier förenats med naturrättsliga. Det är lätt att förstå varför: Gud kan tänkas som den som ger universum ett mål eller syfte att sträva efter. Universum är ordnat av gud. Det ”naturliga” är det rätta eftersom det är Guds avsikt. En av dem som för Aristoteles idéer vidare med denna religiösa innebörd är Thomas av Aquino (1225–1274) som introducerar en *lex naturalis*. Denna säger att eftersom människan har en benägenhet att upprätthålla sin egen existens får det till följd att då bör människan också skaffa fram det som är nödvändigt för att kunna upprätthålla existensen. Eftersom både människor och djur har en benägenhet att fortplanta sig och ta hand om sina barn, bör människan ha sexuellt umgänge med motsatta könet och ta hand om sina barn. Människan har dessutom en benägenhet att vara förnuftig och sträva efter att vara rationell, att uppnå sann kunskap och leva i ett samhälle. Människan ska därför sträva efter att undvika okunskap och att inte kränka dem man lever tillsammans med.

Senare tar även upplysningsfilosofer som John Locke (1632–1704) upp frågan om naturrätt som omfattar både rättigheter och skyldigheter och som säger att alla individer har rätt till liv och till frihet och egendom. Naturrätten kommer därför att beröra individens rättigheter gentemot staten. Detta kommer också till uttryck i engelska Bill of Rights från 1689, den amerikanska självständighetsförklaringen från 1776 och den franska revolutionens förklaring om mänskliga rättigheter från 1789. Härfter kommer folkrättsliga deklarationer och konventioner som även reglerar den fredliga samexistensen mellan olika folk samt även mellanstatlig reglering av krigsföring. Man kan även se *FN-deklarationen om mänskliga rättigheter* från 1948 som utslag av ett naturrättsligt tänkande.

LITTERATUR: Rachels et al. 2007.

Naturtillståndet är ett begrepp hämtat från Thomas *Hobbes* (1588–1679) kontraktsfilosofi som utgår ifrån att vi alla är mer eller mindre egoister och som sådana farliga för varandra; om vi inte kommer överens om några grundläggande villkor för att umgås så hamnar vi i naturtillståndet där alla kämpar mot alla och där man kan bli ihjälslagen om man vänder ryggen till. Naturtillståndet är alltså något som vi, om vi vill överleva, måste undvika och lösningen på problemet är att skapa ett samhällskontrakt. Begreppet naturtillstånd används också av en av liberalismens grundare, John Locke, som dock antog att alla i naturtillståndet var lika (samt goda, förnuftiga och initiativrika) och hade lika möjligheter och frihet att realisera sitt livsprojekt.

Narrativ etik kan sägas vara en form av *kommunikativ etik* där berättelsen och berättarens värderingar står i centrum. Den maktrelation som ofta råder mellan sjukvårdspersonal och patient, där den sistnämnde oftast befinner sig i underläge på grund av sjukdomsförsvagning, kunskaps- och statusunderläge etc., kan ge anledning till feltolkningar och bristande kommunikation. Därför måste man vara speciellt

uppmärksam på patientens eller forskningspersonens berättelse, tillämpa ett *patientcentrerat* förhållningssätt och använda *hermeneutisk* metodik, enligt den narrativa etiken. Även andra etiska förhållningssätt kan dock instämma i detta.

Negativa rättigheter är rättigheter som motsvaras av andras plikter att avstå från att göra vissa saker mot rättighetsinnehavaren. Detta till skillnad från positiva rättigheter, som definieras av andras plikter att göra saker för en. För att definiera negativa rättigheter måste man vidare ange vad det är andra har en förpliktelse att avstå att göra mot rättighetsinnehavaren och vilka som har dessa plikter. Vad gäller negativa rättigheter tänker man sig vanligtvis att alla har denna plikt. Ta exempelvis rätten till liv: Om denna ses som en negativ rättighet så medför den att andra har en plikt att avstå från att ta ens liv. Om den ses som en positiv rättighet så innebär den att åtminstone någon har en förpliktelse att göra något för att rättighetsinnehavaren ska fortsätta leva, om det krävs och rättighetsinnehavaren inte kan göra det själv. Rättigheter ses sällan som absoluta eller förbehållslösa, utan de kan övertrumpas av andra viktigare hänsyn, som exempelvis respekten för andra rättigheter. Vidare innebär inte den negativa rätten att exempelvis yttra sig, att man får förtala eller skapa hets mot andra.

I sjukvårdssammanhang är rätten att säga nej till en erbjuden utredning eller behandling den viktigaste och mest allmänt erkända negativa rättigheten. Det är också standarduttolkningen av hälso- och sjukvårdslagens paragraf om att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande. Detta innebär att patienter har rätt att få reda på vilka undersökningar och behandlingar som erbjuds och sedan rätten att avstå från dessa om hon så vill. Däremot har patienten inte den positiva rätten att kräva vilka undersökningar och behandlingar som helst. Vanligtvis respekterar sjukvården individens rätt att tacka nej till utredningar och behandlingar som han eller hon erbjuds även då det finns ett medicinskt behov. Det gäller

även livräddande behandling som blodtransfusion, jämför exempelvis *Jehovas vittnen* som säger nej till sådan behandling. Det kan vara mycket frustrerande för den kirurg som vet att han/hon kan rädda livet på en patient med inre blödningar om bara patienten/närstående gav tillåtelse till operation och blodtransfusion. Här ställs frågan om patientcentrering på sin spets: att lyssna till patientens föreställningar, farhågor och förväntningar. Tas dessa i beaktande kanske man som läkare förstår att ett liv utanför den religiösa grupp man tillhör och varit trogen ett långt liv kanske är värre än döden. Det finns dock vissa situationer där de negativa rättigheterna övertrumpas av andra hänsyn. Det gäller utredningen och behandlingen av minderåriga, i fall då det är frågan om smittsamma sjukdomar där hänsynen till samhället aktualiseras, samt även då patienten har nedsatt beslutsförmåga till följd av psykisk sjukdom. Om man är beslutskapabel och säger nej till behandling av en behandlingsbar cancersjukdom medför detta dock inte att läkaren har skyldighet att gå med på patientens eventuella önskemål om att få alternativmedicinsk behandling som exempelvis Iscador. Se *positiva rättigheter* och *naturmedel*.

LITTERATUR: Juth 2005, Wolff 1993, Wulff 1995.

Negativ eugenik innebär att man hindrar vissa individer att skaffa sig avkomma med egenskaper, som enligt den rashygieniska synen är oönskade. Detta sker exempelvis genom preventivmedel, sterilisering och abort. Negativ eugenik ska ses i motsättning till positiv eugenik där man önskar att främja förekomsten av vissa önskade egenskaper och på olika sätt uppmanar och belönar individer som skaffar sig rätt avkomma. Det kan göras genom förtjänstmedaljer eller barnbidrag som ökar ju fler barn man skaffar sig, men också genom att förbjuda abort och straffa dem som ändå gör och genomför abort. Sverige och Tyskland under 30-talet är exempel på länder som haft program för både positiv och negativ eugenik, medan

Rumänien under Ceaușescu hade program för positiv eugenik. Se också *eugenik*.

LITTERATUR: Broberg et al. 1996, Lynöe 2000.

Neisser, Albert (1855–1916) var tysk dermatolog och mest känd för sin upptäckt av gonokocken 1876. Han genomförde 1898 en studie om effekten av serumbehandling av syfilis även i förebyggande syfte. Neisser valde därför att ge kvinnliga prostituerade som inte hade syfilis serumbehandling extraerad från patienter som hade syfilis, för att se om man genom denna behandling kunde förebygga insjuknandet. Men Neisser konstaterade att behandlingen inte hade effekt då många av de behandlade kvinnorna utvecklade syfilis. Kvinnorna ansåg att de hade blivit sjuka av serumbehandlingen, medan Neisser hävdade att de hade blivit smittade till följd av arbetet som prostituerade. Trots att Neisser fick stöd av sina kollegor, med undantag av psykiatern Moll, blev Neissers experiment diskuterat offentligt och så småningom lade den preussiska undervisningsministern fram forskningsetiska regler som angav villkoren för att involvera människor i medicinsk forskning.

Neisser är också känd för ett annat, mindre berömt beteende mot norrmannen Gerhard Amauer Hansen som är känd för att 1875 ha upptäckt leprabacillen som orsak till spetälska. Hansen hade dock svårigheter att isolera den. 1879 besökte Neisser Hansen i Bergen och fick med sig lepramaterial hem. Väl hemma i Breslau lyckades Neisser demonstrera leprabacillen med hjälp av en speciell färgningsteknik, och han presenterade sitt resultat i en vetenskaplig tidskrift och krävde prioritet för upptäckten av leprabakterien utan att ens nämna Hansens namn eller referera till honom. Se vidare *Amauer Hansen, forskningsfusik* och *prioritetsstrider*.

LITTERATUR: Schryock 1977.

Neonatalvård är beteckningen på den vård man ger till för tidigt födda barn eller barn som fötts med olika sjukdomar. Med neonatalvårdens utveckling har det blivit möjligt att minska spä-

barnsdödligheten betydligt. Det har skett speciellt med antibiotikans introduktion men även med hjälp av kuvöser och respiratorbehandling samt med möjligheten att sätta in behandling i ett tidigt skede, exempelvis kirurgiska ingrepp eller förebyggandet av fenylketonuri med diet. Av speciell relevans har ansetts vara frågan om hur tidigt man kan hålla liv i ett foster utanför livmodern, även om den etiska relevansen av detta är omdiskuterad (se *abortetik*). Gränsen går i dag vid 24–25:e veckan. Det har dock diskuterats hur aktiva sjukvårdsinsatser man bör sätta in vid förlossningar som sker redan i vecka 24–25. Även om ett barn kan överleva och få ett gott liv sker det ibland till ett visst pris i form av förståndshandikapp, olika somatiska handikapp och kombinationer av dessa. Det svåra i detta sammanhang är att avgöra omfattningen av eventuella hjärnskador hos ett för tidigt fött barn. Frågan är alltså om man genom att vara aktiv på lång sikt åstadkommer mer skada eller mindre välfärd, än om man är mindre aktiv och i samråd med föräldrar beslutar att avbryta påbörjad behandling där prognosen på hjärnskadorna är oviss.

Neuroetik beskriver relationen mellan å ena sidan den moderna neurofysiologin och avbildningstekniker som till exempel funktionell magnetisk resonanstomografi (fMRT) och å andra sidan de etiska problem som aktualiseras genom denna och de etiska aspekter som kan illustreras genom denna teknologi. Ett klassiskt exempel på denna typ av etiska problem är användandet av fMRT i syfte att kunna illustrera ett samband mellan ökad eller minskad aktivitet i hjärnan och kriminellt beteende. Visar det sig att vissa av de personer som begått brott har tydligt avvikande aktivitet indikerar detta att personens beteende är orsakat av förändringarna. Man kan då fråga sig om personen kan eller bör göras ansvarig för sina handlingar. Detta ger upphov till komplicerade frågor: Är hjärnans tillstånd ett resultat av de val personen gjort eller tvärtom? Om det förstnämnda: Vad är det som gör valet om det inte är ett resultat av hjärnans aktivitet? Om det sistnämnda: Gör

det faktum att våra val och handlingar har en (neurologisk) förklaring att vi inte är ansvariga för dem? Är vi då någonsin ansvariga för något? (Se *fri vilja* för mer om detta.) I dag finns också möjligheten att associera aktivitet i de områden av hjärnan där emotionella reaktioner avbildas i samband med att man testas om en person ljugar eller inte, dvs. användandet av fMRT som lögnedektor. Frågor som uppkommer då är hur tillförlitlig denna metod är och huruvida den är etiskt försvarbar.

Socialpsykologiska experiment har visat att man kan dela upp hjärnan anatomiskt i kognitiva områden respektive emotionella områden. Exempelvis har Greene genomfört experiment där han utsatt friska forskningspersoner för två olika situationer som både går ut på att man hypotetiskt avlivar ett litet barn. I den första situationen rör det sig om en krigssituation där du själv, ditt nyfödda barn samt en grupp av andra vuxna gömmer sig för fiendens soldater. Om du blir upptäckt kommer alla att bli dödade. Frågan är då: om barnet börjar gråta och därmed skulle avslöja gömstället, skulle du då kunna hålla fast handen över munnen på barnet så länge att det kvävs? Den andra situationen gäller frågan om en ung kvinna som i hemlighet föder ett barn och för att inte få problem dödar barnet. Experimentet visade då att i första fallet fanns det en tendens att svara ja utifrån reflektion och överväganden om att även om det skulle vara hemskt att göra det så skulle det vara försvarbart eftersom om man inte gjorde det skulle alla inklusive barnet ändå bli dödade. Detta fall gav anledning till en mer långvarig reaktionstid och mest aktivitet i de kognitiva områdena. Det andra fallet gav omedelbart anledning till ökad aktivitet i de emotionella områdena och svaret var att det var ett uppenbart oacceptabelt sätt att handla. Greene konkluderar att det finns anatomiskt separata områden där kognitiva respektive emotionella processer äger rum men att det inte finns några hållpunkter för speciella moralområden eller moralcentrum. Vidare involverar de moraliska bedömningarna oftast integrerade aktiviteter av emotionella och kognitiva funktioner. De

emotionellt betingade bedömningarna är oftast de som tar kort tid och de kognitiva områdena de som tar längre tid. Det förefaller dessutom vara så att även emotioner kan ha kognitiva aspekter. Se också *doktrinen om dubbla effekter* och *dualistisk människosyn*.

I ett annat av Greenes experiment avbildades människors hjärnor när de tog ställning till s.k. ”trolley”-experiment, som har det gemensamt att man står inför en skenande godsvagn vars färdväg man kan påverka på olika sätt. I ursprungsexperimentet ombads försökspersonerna tänka sig att en skenande godsvagn med hög hastighet närmade sig fem personer som skulle komma att krossas av den, om man inte slog i en växel som ändrade vagnens riktning. Tyvärr åkte den då in i en tunnel där en person befann sig, som då skulle krossas i stället. De flesta som ställs inför denna situation svarar att de skulle lägga i växeln och rädda fem även om en person därmed dör. Detta kan tolkas som uttryck för en *konsekvensetisk* intuition: Det är värre att låta fem dö än att handla så att en dör (om man inte kan undvika båda alternativen).

Om man däremot ändrar situationen så att det man ska göra i stället för att lägga om en växel är att putta ner en väldigt storväxt person framför vagnen, blir reaktionen annorlunda. De flesta svarar att de inte skulle göra det, även om det är det enda sättet att stoppa vagnen. Vissa har försökt förklara detta med att vi också har *kantianska* moraliska intuitioner. I fallet med den storvuxna mannen behandlar vi honom som ett medel, eftersom det är han som stoppar tåget och att behandla någon enbart som ett medel är fel, enligt Kant. Huruvida vi har en sådan konsekvent intuition har dock ifrågasatts, eftersom de flesta är beredda att offra den storväxta mannen i omkonstruerade fall. I ett sådant fall tvingas man inte att putta honom själv, utan i stället växlar man in vagnen i en loop där den storvuxne mannen ligger i vägen för vagnen så att den stoppas och inte träffar de fem andra längre ner på vagnens väg.

Greenes experiment visar att de som inte är beredda att putta den storväxta mannen enbart reagerar med aktivitet i de emotionella

området i hjärnan som vi har gemensamt med många andra djur, medan den minoritet som säger att de skulle putta den storväxte framför vagnen först reagerar i emotionella delar av hjärnan, men sedan aktiverar frontalloberna och de områden där mer kognitiva färdigheter har sina centra. Frågan är vilka slutsatser som kan dras av detta. *Singer* har argumenterat för att detta visar att deontologiska eller kantianska intuitioner inte kan tillerkännas normativ relevans, eftersom de är ”reptilhjärnans” primitiva reaktion snarare än något som kan underbyggas med skäl och principer som ”*minimera skadan*”.

Inom moralfilosofin har man också länge använt tankeexperiment med neurologisk science fiction som utgångspunkt för att belysa grundläggande värderingar. Ett av de mest berömda exemplen på detta är ”hjärnan i en tank”-experimentet som utformades av *Nozick* och som sedan användes som utgångspunkt för filmen *Matrix*. I detta tankeexperiment ombeds vi tänka oss att våra hjärnor opereras ut och läggs i en näringstank, uppkopplad till en extremt avancerad dator som kan ge oss alla de upplevelser vi kan önska oss. Att de flesta skulle avstå från att nappa på ett sådant erbjudande anser *Nozick* visar att vi värderar andra saker än att ha så behagliga upplevelser som möjligt, exempelvis kontakt med verkligheten och *autonomi*. Detta har därför blivit ett standardargument mot en renodlad *hedonism*. Hur kraftfullt detta argument är har blivit vida omdebatterat, av bland annat *Glover* och *Tännsjö*.

Neuroetiska aspekter kan också aktualiseras i samband med utvecklingen av nya läkemedel som kan antas öka människans minneskapacitet och koncentrationsförmåga samt omvänt förebygga depression, ångest och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). För att ta ett exempel på frågeställningar som detta väcker: Om man genom att ta en medicin kan förhindra uppkomsten av PTSD, är det då försvarbart att göra detta? Eller är detta ett sätt att göra exempelvis framtida soldater avtrubbade inför något som man borde uppfatta som traumatiskt? Se också *enhancement*.

LITTERATUR: Greene et al. 2001, Greene et al. 2004, Kamm 2007, Nozick 1974.

Neurosedynkatastrofen eller talidomidkatastrofen, åren 1956–1962, refererar till födseln av omkring 10 000 barn världen över med allvarligt deformerade extremiteter, vilket berodde på att mamman under graviditeten hade tagit läkemedlet talidomid. Talidomid är en lugnande medicin som också är verksam mot illamående. Effekten av talidomid är bland annat att det får kärnen att dra ihop sig och därmed komprometteras blodförsörjningen till organ och extremiteter. Så skedde alltså också hos fostret då läkemedlet passerade placenta. I vissa länder, exempelvis i Japan är det skamligt att vara deformerad och även om det kan förefalla främmande i dag har man även i Sverige utfört ortopedkirurgiska operationer på talidomiddrabbade barn i syfte att få extremiteterna att se normala ut, även om de helt saknade funktion. Se också *normalitet*.

Trots att användningen av talidomid blev totalförbjuden har det visat sig att läkemedlet kan vara effektivt mot vissa cancerformer där kärnbildning dominerar. Blodförsörjningen till cancercellerna stryps helt enkelt. Se också *indikationsglidning*.

Noceboeffekt är en effekt som är resultatet av en negativ psykologisk förväntan, ofta förstörd som motsatsen till en placeboeffekt. Nocebo betyder ”jag kommer att skadas” och den skada som drabbar en person på grund av noceboeffekten beror på personens egen förväntan att bli skadad. Det finns många exempel inom kliniken där noceboeffekten kommer till uttryck direkt eller indirekt. Ett exempel på en negativ placeboeffekt är de förväntade biverkningarna av ett läkemedel som testas i en placebokontrollerad studie. De försökspersoner som då enbart får placebobehandling kan efter att ha fått information om biverkningarna faktiskt utveckla sådana, exempelvis bli illamående och tappa håret. Den mest extrema formen av noceboeffekt ser man i samband med voodoo-verksamhet. Det kan exempelvis vara

en person som gör ett övertramp mot ett *tabu* och som av medicinmannen döms till ett straff, dock utan att någon utomstående kommer att exekvera domen. Personen gör det själv och det kan i vissa fall röra sig om dödsstraff. Metaforiskt kan man tala om nocebobaciller, och ett aktuellt exempel på sådana är de s.k. *apatiska flyktingbarnen*. Se också *epifenomen*.

LITTERATUR: Johansson et al. 2009.

Non-kognitivism är en samlingsbeteckning för metaetiska uppfattningar som förnekar att moraliska utsagor uttrycker trosföreställningar om att något är rätt eller fel och i stället menar att de uttrycker positiva eller negativa inställningar till det man säger är rätt eller fel. Med andra ord menar non-kognitivismen att moraliska omdömen inte är påstående som kan vara sanna eller falska, utan snarare är uttryck för en slags attityder eller känslor vi intar gentemot företeelser. Detta medför att det inte finns någon moralisk verklighet att tala om enligt non-kognitivismen, vilket innebär att *värdenihilism* följer av non-kognitivismen. Detta medför också att non-kognitivismen förnekar att vi kan ha någon kunskap i moraliska frågor. Ett problem för non-kognitivismen är att vi resonerar i moralfrågor och därmed betar oss som om det fanns mer eller mindre välgrundade uppfattningar också inom detta område. Moderna non-kognitivisterna har därför försökt att utveckla teorier som tillåter oss att resonera i moralfrågor utan att göra anspråk på att ha rätt eller fel. Ett exempel är den australiensiske filosofen Simon Blackburns kvasi-realism, som säger att ett moraliskt omdöme kan vara mer välgrundat än ett annat genom att ingå i en mer konsistent uppsättning attityder. Huruvida denna typ av projekt är möjlig är omdiskuterat än i dag.

Ett exempel på en extrem form av non-kognitivistisk uppfattning är *emotivismen*, som säger att moraliska utsagor kan reduceras till känslouttryck, exempelvis ”ussh” eller ”heja heja”. Ibland sammanförs också Mackies ”error”-teori under etiketten non-kognitivism, eftersom han menar att moraliska utsagor gör anspråk på att säga att något finns som egentligen inte finns

enligt Mackie, nämligen objektiva moraliska egenskaper. Därför är alla moraliska utsagor falska enligt honom. Se *kognitivism*.

LITTERATUR: Bergström 1997, Mackie 1977, Miller 2003.

Non-naturalism säger att moraliska omdömen, som exempelvis ”Eutanasi är fel”, eller värdeomdömen, som exempelvis ”Lidande är dåligt”, ger uttryck för påstående om värdeegenskaper eller värdefakta som inte är naturliga. Att värdeegenskaper eller värdefakta är icke-naturliga innebär att de inte är definierbara eller reducerbara till någon av de företeelser som man ägnar sig åt i de empiriska vetenskaperna, exempelvis observation. Non-naturalismen hävdar att moraliska omdömen uttrycker påstående, dvs. sats som kan vara sanna eller falska, vilket innebär att non-naturalismen är en *metaetisk* teori av *kognitivistiskt* slag. Non-naturalismen hävdar vidare att dessa moraliska omdömen/satser ibland är sanna, dvs. att det finns en moralisk verklighet som påståendena handlar om, samt att denna verklighet är tillgänglig för kunskap om den (om än kanske felbar och ofullständig kunskap). Med andra ord behandlar non-naturalismen både frågor av språklig (semantisk) karaktär, frågor som handlar om verklighetens beskaffenhet (dvs. frågor av ontologisk karaktär) och frågor som handlar om hur vi får kunskap om verkligheten (frågor av epistemologisk karaktär). I själva verket finns det olika typer av non-naturalism, bland annat beroende på olika uppfattningar om hur man kan uppnå kunskap om den moraliska verkligheten. Se *kognitivism*.

Naturalismen är också en form av kognitivism, och det som skiljer non-naturalismen och naturalismen åt är hur man ser på de egenskaper som moraliska omdömen handlar om. Enligt non-naturalismen är dessa icke-naturliga egenskaper en speciell slags värdeegenskap som inte kan definieras i termer av eller reduceras till någon naturlig egenskap. Vad som är en naturlig egenskap är dock inte helt klart. Vissa skulle säga att det är en observerbar egenskap, som exempelvis att vara blå eller vara lidande, el-

ler en egenskap som kan stå i orsaksrelationer till andra egenskaper, som exempelvis att vara magnetisk eller att vara kränkt. Dock har vissa non-naturalister hävdad att moraliska egenskaper är observerbara och ingår i *orsaksförklaringar*, så denna karaktärisering fångar inte riktigt vad som avses. Snarare menar non-naturalismen att naturliga egenskaper är egenskaper som inte är värdeegenskaper och då typiskt sådana som är föremål för undersökning i de vetenskaper som inte är moralfilosofiska, som matematik, naturvetenskaperna och samhällsvetenskaperna. Värdeegenskaper förstås då enklast genom att säga vad det inte är. Det är inte egenskaper som låter sig definieras i termer av eller reduceras till de egenskaper och företeelser som undersöks i natur- och samhällsvetenskaperna, utan är av ett särskilt slag. Att vara bra i en grundläggande mening, dvs. ett egenvärde, innebär att ha en primitiv, icke-reducerbar "brahets"-egenskap, ungefär som "gulhet" eller "sanning" ibland tänks vara enkla, icke-reducerbara egenskaper.

Intuitionen bakom non-naturalism är vanligtvis att vi verkar tillskriva handlingar egenskaper när vi faller moraliska omdömen: riktighet/felaktighet etc. Men dessa egenskaper är troligtvis inte vanliga naturliga egenskaper, eftersom de verkar spela en väldigt speciell roll i vårt tänkande och handlande. Om en handling har en moralisk egenskap så innebär detta något för hur vi ska bete oss.

Genom historien har non-naturalismen haft många försvarare, exempelvis *Platon*, *Kant* och *G.E. Moore*. Den sistnämnde förde också fram den s.k. öppna frågans argument för non-naturalismen, eller snarare mot *naturalismen*. Enligt Moore begår naturalister *det naturalistiska misstaget* genom att definiera moraliska termer med naturliga termer, eller snarare genom att försöka definiera dem över huvud taget. Om vissa satser vill man säga att alla personer som behärskar termerna som satsen innehåller, med nödvändighet kommer att förstå att satsen är sann, som exempelvis satsen "En cirkel är rund". Detta betyder att det inte är en öppen fråga om dessa satser är sanna. Men satser som "Alla handlingar som är riktiga maximerar nyt-

tan" eller "Alla handlingar som är riktiga gillas av majoriteten i samhället" verkar vara öppna frågor. Det är exempelvis en öppen fråga hurvida riktiga handlingar också maximerar nyttan eller gillas av majoriteten i samhället. Därför vill man säga att de inte är sanna per definition, eller genom en analys av språket. Detta argument riktar sig mot definatorisk naturalism, som säger att moraliska omdömen kan definieras eller analyseras med naturliga termer, men inte mot den typ av naturalism som säger att moraliska egenskaper i grund och botten är naturliga egenskaper.

Ett problem för non-naturalismen är hur den ska redogöra för hur man får kunskapsmässig tillgång till de icke-naturliga, moraliska fakta man hävdar existerar. Om någon exempelvis hävdar att den etiska plattformen för prioriteringar inom sjukvården är rättvis och bra, hur undersöker man enligt en non-naturalist om detta stämmer? Om denna typ av fakta inte är tillgänglig genom observation, vilket åtminstone vissa non-naturalister hävdar, som *Kant*, så verkar det som vi är hänvisade till något sjätte, moraliskt sinne eller till våra moraliska intuitioner. Vi vet då inte vems sinne eller intuition vi ska lita på, eftersom olika människor uppenbart har olika uppfattningar i moraliska frågor. För att vara rimlig måste med andra ord non-naturalismen kompletteras med en redogörelse för hur moralisk kunskap är möjlig. Se *kognitivism*.

Ett annat problem är att förstå naturen hos de moraliska egenskaper non-naturalisten hävdar finns, och som både förutsätts vara oberoende av oss, dvs. objektiva, och motiverande. Om vi tror att något är rätt är vi vanligtvis motiverade att handla i enlighet med denna tro. Inga andra rena fakta vi känner till är motiverande i sig. Är inte moraliska egenskaper väldigt märkliga ("queer") på detta sätt? Moralfilosofen Mackie utformade detta argument, som han kallade "the argument of queerness". (Det har alltså inget med sexuell läggning eller "queerteori" att göra). Mackie ansåg dock att non-naturalismen har den bästa analysen av vårt moraliska språk, dvs. vi talar om moral som om vi för-

utsätter att det finns moraliska egenskaper av ett non-naturalistiskt slag. Men enligt Mackie finns alltså inga sådana. Det vanligaste sättet för non-naturalister att bemöta Mackies invändning är genom att förneka att omfattandet av ett moraliskt omdöme med nödvändighet är motiverande, utan att kopplingen mellan moral och motivation är indirekt eller extern (s.k. externalism). Non-naturalism benämns också ibland värdeobjektivism. Se vidare *naturalism*.

Så varför ska man bry sig om non-naturalismens eventuella rimlighet i medicin eller medicinsk etik? Som sagt innebär non-naturalismen att moralisk kunskap är möjlig. Därmed blir moralisk argumentation meningsfull. Man har till och med hävdad att om någon form av moralisk sanning inte finns så blir livet (mindre) meningsfullt. Om det inte finns något som verkligen är bra, vad spelar det då för roll vad man gör?

LITTERATUR: Bergström 1997, Mackie 1977, Miller 2003.

Normalitet betyder egentligen att något är i överensstämmelse med genomsnittet, en fastlagd norm eller naturen. Normalitet kan relateras till morfologi, anatomi, fysiologi och neurologi, och motsatsen kan vara exempelvis anatomiska eller fysiologiska anomalier. Man kan vidare tala om fenotypisk normalitet, genetisk normalitet, blodkemisk normalitet, psykologisk (intelligensmässig) normalitet, moralisk normalitet, social normalitet, sexuell normalitet, etc. Speciellt det genetiska normalitetsbegreppet har ibland ställt till med problem: Är det exempelvis normalt att ha en genetisk uppsättning med könskromosomerna YYX eller ska denna genetiska uppsättning vara ett godtagbart skäl för abort?

Vad som anses vara normalt kan alltså både referera till vad som anses vara kulturellt och naturligt betingat och det utgör gärna referenssystem för att avgöra om en individ är sjuk eller frisk. Gäller det kvantitativa mått baseras dessutom referenssystemet oftast på statistiska normalfördelningar. Man talar också inom vetenskapsteorin om *normalvetenskap* som då

Jamen, det är ju helt normalt att som man ha en Y- och en X-kromosom!



Jag skulle hellre vilja ha två Y-kromosomer och inga X! Kan jag inte bli genmanipulerad?

Om genetisk normalitet

kontrasteras till extraordinär eller revolutionär vetenskap. Intressant har varit fall där anatomisk normalitet har använts för att operera barn med missbildningar till följd av mammas intag av *Neurosedyn*. Man trodde att man med ortopediska ingrepp, på t.ex. benen, kunde normalställa dessa patienters extremiteter så att de såg ut som vanligt, men det innebar samtidigt att dessa individer upplevde att en del av deras identitet togs ifrån dem och att benen på detta sätt blev ännu mindre funktionsdugliga. Ett annat område som också är aktuellt rör diagnosen ADHD. Är det ett sjukligt tillstånd eller ett lite stökigt barn som har svårt att sitta still?
LITTERATUR: Brülde et al. 2003, Engström 2006.

Normalvetenskap är ett uttryck från Kuhns paradigmteori och betecknar den utvecklingsfas som vetenskapen befinner sig i då *paradigmet* är väletablerat och forskningen följer utstakade spår, dvs. att metodval och fokus är väldefinierade. Ett exempel på normalvetenskap är mikrobiologin efter det att det mikrobiologiska paradigmet med dess bruk av mikroskopet och odling av mikroorganismer etablerades kring

1876 och under de följande 30 åren. Den ena mikroorganismen efter den andra upptäcktes, isolerades och associerades till en sjukdom: mjältbrandsbakterien, gonokocken, tyfusbakterien, tuberkulos, koleravibrionen, pneumokocken, streptokocken, stafylokocken etc. När vetenskapen befinner sig i en normalvetenskaplig fas är det relativt enkelt att även avgöra vad som är i god överensstämmelse med god forskningssed, dvs. vad som klassas som normalvetenskap och vad som klassas som forskningsfusk. Normalvetenskap kontrasteras till revolutionär vetenskap där hela fundamentet för vetenskapen är satt i gungning och där så småningom ett nytt paradigm etablerar sig. Man kanske prövar nya metoder och nya referensramar. I denna övergångsfas är det mindre klart vad som är god och dålig forskning och vad som är forskningsfusk eftersom det råder en sorts vetenskaplig anarki. Se även *forskningsfusk*.

LITTERATUR: Kuhn 1979, Johansson et al. 2008.

Normativ etik representerar inom moralfilosofin den gren som intresserar sig för och undersöker den grundläggande frågan om hur man bör leva sitt liv. Mer specifikt ställer man tre typer av frågor: 1) Vad, om något, gör riktiga handlingar riktiga och oriktiga handlingar oriktiga? Svaret på denna fråga anger **normer för handlingar** och det är alltså en normativ fråga. 2) Vad, om något, är gott eller bra? Framför allt: finns det något som är gott eller bra för sin egen skull (se *egenvärde*)? Svaret på denna fråga anger **värden hos tillstånd** och det är alltså en värdefråga. 3) Vad gör en person moraliskt beundransvärd eller klandervärd? Svaret på denna fråga anger värdet **värdet hos personer och deras handlingar** och det är alltså en värdefråga.

Det svar på frågorna man söker gäller inte i första hand vad de flesta anser är svaret på dem eller vad som står i vissa föreskrifter. Dessa frågor är föremålet för empirisk etik eller sociologiska undersökningar om människors värderingar och normer. I stället försöker man i den normativa etiken avgöra om det finns något

svaret som är rimligare än något annat, vad gäller dessa frågor.

Olika teorier för att besvara frågorna har utformats. De har dessutom olika svar på hur frågorna hänger ihop. Enligt exempelvis *konsekvensetiken* avgörs handlingars riktighet av hur värdefulla konsekvenser de ger upphov till. Frågan om vad som har (egen)värde blir därför avgörande för konsekvensetiken. Enligt många *pliktetiker* är däremot frågan om vad som är värdefullt ofta frikopplad från frågan om vad man bör göra, eftersom den sistnämnda normativa frågan enligt pliktetik i stället avgörs av handlingens karaktär snarare än konsekvenserna av handlingen. *Dydetiken* ställer frågan om vad som gör en person beundransvärd i centrum och besvarar frågan om hur man bör handla antingen oberoende av den frågan eller med något slags hänvisning till att det riktiga är vad den beundransvärde skulle ha gjort eller rått en att göra. På ett liknande sätt likställer ofta dydetiker frågan om vad som är bra för en person, med vad som gör personen moraliskt beundransvärd (se *Aristoteles*), till skillnad från konsekvensetiken som brukar hävda att även s.k. moraliska svin (tyvärr?) kan leva goda liv. Dessa tre teorier brukar anges som huvudkonkurrenterna i normativ etik.

I normativ etik försöker man alltså utveckla och motivera mer generella svar på frågorna om vad som är rätt, gott och värdigt. Man eftersöker alltså substantiella svar på dessa frågor och ägnar sig inte i första hand åt frågan om det alls är möjligt att motivera ställningstaganden, vilket är en fråga för *metaetiken*. Detta innebär också att man inte i första hand ställer frågan om en viss handling var rätt eller fel, utan om vad som gör handlingen och handlingar i allmänhet riktiga och oriktiga. Ofta kommer dock reflektioner i normativ etik från att man undrar just vad som gör en viss handling rätt eller fel. Närhelst man försöker motivera varför en viss handling borde eller inte borde ha utförts ägnar man sig alltså åt normativ etik. Ju mer systematiskt man försöker göra detta, desto mer närmar man sig den verksamhet som av moral filosofer kallas normativ etik. Att normativ etik dock

ofta tar sitt avstamp i konkreta frågeställningar om enskilda fall, som när man undrar om aktiv dödshjälp, abort, genetisk modifikation, eller något annat är rätt eller fel, gör att gränsen mellan tillämpad etik och normativ etik är flytande. I praktiken sker ofta moralfilosofiska reflektioner i samband med mer konkreta frågor, enligt idén om ett *reflektivt ekvilibrium*.

LITTERATUR: Collste 2002, Frankena 1991, Kagan 1998, Tännjö 2000.

Normativa aktörsintressen, se *aktör*.

Normer är handlingsvägledande regler som kan vara relaterade till både klassifikationer och metodologiska val, men som framför allt hänvisar till moraliska och etiska riktlinjer för hur man bör handla i en viss situation. Det kan röra sig om både mer etiketterelaterade frågor och mer generella etiska maximer för handlandet, som exempelvis *Kants* kategoriska imperativ eller den *gyllene regeln*. Exempel på normer inom vetenskapen är Robert Mertons *CUDOS-normer*. Normer behöver emellertid inte vara nedskrivna eller tydliggjorda. Mycket av vårt beteende är styrt av mer eller mindre accepterade normer inom mer eller mindre väldefinierade grupper som vi är mer eller mindre medvetna om att vi handlar efter. Normen att inte titta oavbrutet på en okänd medpassagerare på tåget är exempelvis inte nedskriven någonstans, men inte desto mindre en norm. Normen att inte peta tänderna vid matbordet är förmodligen mer förutsatt vid Nobelmiddagen än vid familjebordet (etikettregler). Normer är ofta knutna till sociala roller och positioner vi innehar, som yrkesrollen, könsrollen, samhällspositionen etc. Brott mot normer betraktas i allmänhet som klandervärda och som något som gör en till en berättigad måltavla för sanktioner, exempelvis i form av klander.

Novis är en beteckning för en nybörjare som behöver strikta riktlinjer (exempelvis vårdprogram) för att kunna fungera. Se vidare *expertkunskande*.

Nozick, Robert (1938–2002), se *rättighetsetik* samt *neuroetik*.

Nupp är en förkortning av nackuppkläring, ett fenomen som kan ses med ultraljudsundersökning i en bestämd del av graviditeten och som kan ge en tidig indikation på att fostret har *Downs syndrom*. Nackuppkläringen utgörs av en vätskespalt och storleken av denna tillsammans med graviditetens längden samt mammans ålder utgör en risksiffra för sannolikheten att fostret har Downs syndrom. Det är dock en osäker diagnostisk metod, då många resultat är falskt positiva, och metoden måste följas upp med fostervattensprov vilket kan öka risken för missfall. Tillämpningen av Nupp innebär sålunda en noggrann avvägning mellan risken/chansen att få ett barn med Downs syndrom och risken att få missfall till följd av ett fostervattensprov. Numera har det blivit allt vanligare med KUB vilket innebär att man kompletterar Nupp-ultraljudet med biokemiska tester av graviditetshormonet hCG och moderkackshormonet PAPP-A samt åldersindikation. Man kan då finna mer än 90 % av fostren med Downs syndrom samt minska risken för falska positiva resultat. Fördelen med detta test framför fostervattensprov är att det är icke-invasivt och därmed inte innebär någon risk för missfall. Problemet med både Nupp och KUB är att de är specifikt inriktade mot Downs. Om de erbjuds på bred front kan man därmed ge intryck av att detta tillstånd är särskilt problematiskt och värt att undvika. Se *fosterdiagnostik*.

LITTERATUR: Juth 2006.

Nürnbergkoden är de etiska riktlinjer som tillkom under Nürnberggrättegången mot de läkare som varit involverade i medicinska experiment med fångar i de nazistiska koncentrationslägren. Koden utarbetades först i rudimentär form av åklagarsidan som oroades av det oväntat starka försvaret (se nästa uppslagsord). Nürnbergkoden var en del av den dom som meddelades i målet, och den definierade vad som är godtagbara medicinska experiment.

Koden innehåller tio punkter. Den första

punkten säger att 1) försökspersonens frivilligt givna informerade samtycke är absolut essentiellt, och man specificerar sedan vad det informerade samtycket går ut på (se *informerat samtycke*) och det betonas att var och en som utför försöket har det fulla ansvaret för kvaliteten på försökspersonernas samtycke. 2) Ett experiment ska vara till nytta för samhället och inte vara uppkommet som ett tillfälligt hugskott hos en forskare och kan bara motiveras om det inte kan genomföras på annat sätt eller med andra metoder. 3) Experiment med människor ska alltid om möjligt föregås av djurförsök. 4) Ett experiment ska alltid genomföras på ett sätt så att försökspersonerna inte kan skadas fysiskt eller mentalt. 5) Inga experiment får genomföras om man a priori kan misstänka att det kan leda till att försökspersonen skadas eller avlider. 6) Bedömningen av risktagandet kontra nyttan av experimentet, får aldrig låta nyttan få väga tyngst. Sagt på ett annat sätt: Det vetenskapliga värdet av ett experiment får aldrig äventyra försökspersonernas säkerhet. 7) Ett experiment ska planeras och förberedas på ett sätt så att man undviker risktagande och skador och död. 8) Experiment ska planeras och genomföras av vetenskapligt kvalificerade personer. 9) Försökspersonen ska ha möjlighet att avbryta sitt deltagande då han/hon inte längre vill vara med. 10) Den ansvariga forskaren måste under alla stadier av experimentet vara beredd att avbryta det ifall det finns risk att försökspersonerna kan utsättas för risk eller skada, invaliditet eller död.

Även om Nürnbergkoden innehåller en rad basala begrepp och riktlinjer som går igen i Helsingforsdeklarationen från 1964, fanns det många kliniska forskare som inte tog Nürnbergkoden på allvar. Bland amerikanska kliniska forskare har reaktionen på Nürnbergkoden beskrivits som: "This was a good code for barbarians, but unnecessary for ordinary physicians." Detta var en bidragande anledning till att WMA under många år och till följd av Nürnberggrättegången arbetade med att utar-

beta egna riktlinjer som sedan presenterades i *Helsingforsdeklarationen 1964*.

LITTERATUR: Annas 1992, Katz 1972.

Nürnbergprocessens s.k. medicinarsak efter andra världskriget blev genomförd på initiativ av amerikanerna som ansåg att man borde statuera ett exempel och fastslå vad läkare och medicinska forskare bör avstå från att medverka i (även under krig). Det fanns två åtalspunkter, ett som rörde läkares medverkan i de medicinska experimenten som genomfördes i de nazistiska koncentrationslägren och ett som rörde den systematiska avlivningen av människor vars liv inte ansågs värda att leva, refererat till som det s.k. eutanasiprojektet. Brigadgeneralen Telford Taylor höll det inledande talet och i relation till experimenten mer än antydde att det var frågan om perverterad forskning inte bara i etiskt avseende. Han påstod att experimenten var: 1) bestialiska, 2) ovetenskapliga och 3) helt onyttiga. Utan att kanske vara medveten om det angav han den etiska referensramen för bedömningen av brotten genom följande påstående: Om det visar sig att det var ett uppoffrande av människoliv till ingen nytta, blir brotten desto större. Det tyska försvaret gick sedan ut på att visa att det visserligen var ett uppoffrande av människoliv, men det var av stort värde och att experimenten var av hög vetenskaplig kvalitet och genomförda av kvalificerade forskare, i många fall i nära samarbete med universitetsprofessorer (se *project paperclips*). På detta sätt skulle man alltså kunna anse att det skulle finnas förmildrande omständigheter. Den antydda nyttomoraliska referensramen blev sedan anledningen till att domstolen ajournerade sig och till att man formulerade *Nürnbergkoden*.

LITTERATUR: Annas 1992, Katz 1972, Lynöe 1999, Rossel 1979.

Nyttomoral är ett annat uttryck för utilitarism. Se *Bentham*, *Mill* och *utilitarism*.

Nytta-/riskkalkyl är sådan kalkyl man genomför vid bland annat en forskningsetisk vägning. Man fokuserar då på nyttan i termer av vad som är det inomvetenskapliga värdet av projektet, hur stor nytta de aktuella försökspersonerna kommer att ha av resultaten, samt hur stor nytta framtida patienter kan ha av att forskningen genomförs. Dessa nyttoaspekter måste sedan balanseras mot risk- och säkerhetsaspekter som exempelvis komplikationer, biverkningar, smärta, obehag och huruvida genomförandet av forskningen kan komma att blockera annan kanske mer angelägen forskning, om forskningen kan komma att skada förtroendet för forskare generellt, etc. Efter att man genomfört en sådan vägning kommer frågan om informeratsamtycke också att aktualiseras i nytta-/riskkalkylen eftersom risken att kränka patienten/försökspersonen eller hota deras integritet också måste beaktas. Om det är så att forskarna av olika skäl önskar att begränsa informationen till försökspersonerna så finns det nämligen alltid en risk att någon kommer att reagera i efterhand. Projektet kan sålunda komma att hamna på framsidan i kvällspressen som en forskningsetisk skandal och på så sätt erodera förtroendet inte bara för den kliniska forskningen utan också för sjukvården. Det kan exempelvis röra sig om att gå in i register el-

ler använda data från en biobank, där man av olika skäl inte önskar att informera de aktuella patienterna. Se också *cost benefit-analys*.

LITTERATUR: Beauchamp et al. 2001.

Närhetsetik är en form av *situationsetik* inom hälso- och sjukvården där man betonar ansvaret för patienten och att detta ansvar är överordnat. Analyser av handlingsalternativ och beslut om handlingar är underordnade. Inom närhetsetiken är i stället fokus på patientens särdrag och den unika situationen som mötet med patienten innebär. Patientens förväntningar innebär speciella krav på vårdgivaren, och det är den omedelbara kontakten med den andra personen som aktualiserar ansvaret och därmed etiken. Reflektionen kommer i andra hand eller efteråt. Se vidare *relationsetik*.

Nöden är uppfinnarnas moder är ett uttryck för att då människor befinner sig i kritiska situationer så ökar förmågan att i stunden komma på lösningar. På danska översätts det engelska talesättet "necessity is the mother of invention" med "nöd lär naken kvinna att spinna". De kritiska situationerna kan aktualisera olika former av *färdighetskreativitet*, dvs. både praktisk och *etisk kreativitet*. Se också *döda budbäraren*.

O

Objektivt värde kan referera till flera saker, eftersom ordet objektivt är mångtydigt. Med objektivt värde kan man mena sådant som har värde i sig själv och inte för att det är en förutsättning för eller leder till annat av värde. Man talar då om intrinsiskt värde eller *egenvärde*. Diskussionen om vad som har egenvärde är en fråga för den *normativa etiken*. Med objektivt värde kan man också mena sådant som har värde oberoende av någons värderingar. Huruvida det finns sådana värden är en fråga för *metaetiken*. Vissa skulle hävda att exempelvis *lycka* och *autonomi* har egenvärde även om ingen faktiskt värderar detta (högt eller lågt). Detta synsätt kan ställas i kontrast till uppfattningar enligt vilket vissa saker är värdefulla för att de värderas (högt eller lågt) av någon. Om man menar att något är värdefullt för att det värderas (högt eller lågt) av en individ så kan detta kallas för subjektivism, och om man menar att något är värdefullt för att det värderas i en kultur kan det kallas för kulturrelativism. Objektivt värde kan också referera till tanken om att det finns värdefulla tillstånd över huvud taget, snarare än inte. Antagandet om att det över huvud taget inte finns värdefulla tillstånd hävdas av *värdenihilismen* (se också *kognitivism* och *non-kognitivism* samt *emotivism*). Nihilismen ska noga skiljas från subjektivistiska och relativistiska positioner, vilka alltså hävdar att det finns värdefulla tillstånd, men vilka dessa tillstånd är avgörs av vad individer eller grupper av individer faktiskt värderar (högt eller lågt).

Ibland avser man i stället individoberoende eller agentneutrala värden när man talar om objektiva värden. Ett sätt att redogöra för agentneutrala värden är att säga att det är värden som ger alla som kan eftersträva dem skäl att eftersträva dem, medan agentrelativa värden enbart ger vissa skäl att eftersträva dem. Enligt

utilitarismen är alla värden i grunden agentneutrala. En *hedonistisk utilitarist* skulle exempelvis säga att en handling som jag kan utföra och som befrämjar din lycka ger mig skäl att utföra den. Vissa har menat att det finns grundläggande värden som är agentrelativa, som värdet av en nära relation till sina barn: den ger dig skäl att gynna dina barn men inte mig. Å andra sidan är en sådan värdering agentneutral i en annan mening: var och en med barn har skäl att gynna dessa.

En mer trivial innebörd av subjektivt värde, i motsats till objektivt, är att vissa tillstånd är värdefulla för någon, men inte för alla. Så är Pers lycka värdefull för Per, men inte nödvändigtvis för Pål och tvärtom. Detta utesluter inte att Per har skäl att gynna Påls lycka och tvärtom, just för att lyckotillstånden är värdefulla för dem.

LITTERATUR: Parfit 1984, Brülde 1998.

Odyseussyndromet refererar till den resa eller odysse som en patient ibland får ge sig ut på inom sjukvården när de genomgått en diagnostisk undersökning som felaktigt indikerar ett avvikande fynd eller laborievärde. Referensen till Odysseus handlar om att hans hemresa från det trojanska kriget tog 20 år under vilka han genomgick en lång rad prövningar som kan förefalla mer eller mindre meningsfulla. Poängen här är att Odysseus fann sig tålmodigt (jämför engelskans ”patience”) i dessa strapasser som ibland kan uppfattas som förskräckliga prövningar. På samma sätt finner sig patienter i de kortare eller längre odysseer genom sjukvården, resor som kan påbörjas till följd av att exempelvis ett blodvärde har varit avvikande. Odyseussyndromet är dock inte enbart relaterat till laborieundersökningar av blodprov,

utan det kan röra sig om normala bifynd vid röntgenundersökningar eller histopatologiska undersökningar, men som föranleder antingen vidareutredningar eller ibland onödiga behandlingar (överbehandling). Den som först uppmärksammade Odyseussyndromet, läkaren Mercer Rang (1972), ger ett exempel med en ung man som var på bröllopsresa och råkade stuka foten. Den läkare han konsulterade hade just gått en kurs i radiologi och var då speciellt uppmärksam på att man för att utesluta frakturer ibland kan behöva ta en röntgenbild på hela underbenet. I foten hittade man inga förändringar men längst uppe på fibula (nära knäet) hittade man något som såg ut som en liten spricka. Patienten tillbringade resterande tiden av sin bröllopsresa med högt gips och kryckor, men när man skulle kontrollröntga benet var sprickan kvar och efter att man sedan tagit fler bilder såg man att det var en liten obetydlig kärmissbildning (utan klinisk betydelse) och ingen fraktur. Patienten rapporteras att ha tagit det hela med gott humör.

Vanligtvis innebär en normalfördelning av en population att 2,5 % av denna befinner sig i antingen den nedre änden eller övre änden av fördelningen utan att vara sjuka, vilket gör att om man tar exempelvis 20 blodprov på en frisk individ så kommer 66 % av dessa att utvisa ett eller fler testresultat som är falskt positiva (se *normalitet*). Detta kan i sin tur leda till att man tar ännu fler prover och en odysse kan därmed vara påbörjad. Odyseussyndromet är dock, som sagt, inte enbart relaterat till laborieundersökningar av blodprov. När man introducerade datortomografin (DT-skanning) inom sjukvården rapporterades till början en del förändringar som visade sig sakna klinisk betydelse, exempelvis förstoring av binjurarna. Man talade om accidentella bifynd som till en början kunde föranleda en del vidareutredningar och, till en början, onödiga operativa ingrepp.

Odyseussyndromet kan förväxlas med *iatrogena* sjukdomar, som är ett resultat av en felbehandling, men Odyseussyndromet utgörs av de problem som kan uppstå till följd av en diagnostisk procedur. Odyseussyndromet på-

minner oss om att utredningar ska tillämpas med försiktighet. Man bör inte genomföra för få undersökningar, men inte heller för många. Den gyllene medelvägen är här eftersträvansvärd både för att kunna göra gott utan att samtidigt skada (av patientsäkerhetsskäl) men också för att det måste vara diagnostikerns ambition att uppnå fullkomlighet eller excellens. Läkare med lång erfarenhet tar oftast relativt få prover och inleder få undersökningar, medan den mindre erfarna ofta i syfte att inte missa någonting vill ta extra prover för säkerhets skull. Se också *Aristoteles* och *expertkunnande*.

LITTERATUR: Hansen et al. 1979.

Omerta refererar vanligen till den italienska maffians hederskodex och gäller den absoluta tystnadens lojalitet. Omerta innebär för den som omfattas av koden att han/hon inte under några omständigheter inför myndigheter får avslöja vem som begått en kriminell handling. Även om man själv riskerar att bli dömd för ett brott någon annan begått, så håller man tyst och vikarierar i värsta fall straffet för den som begått brottet. Omerta innebär sålunda en extrem lojalitet mot den organisation som man tillhör. En slogan som illustrerar omertaideologin säger att den som inget hör, inget ser och som håller tyst lever länge. Omvänt är det underförstått att den som berättar vad han/hon ser och hör, riskerar att leva ett kortare liv. Det är också underförstått att det är det officiella samhällets myndigheter, exempelvis polis, åklagare och domstolar, som man håller tyst inför. Anledningen till att denna tystnadens kod kan få sina medlemmar att förbli lojala är de kraftfulla sanktioner som drabbar dem som bryter mot koden: en mer eller mindre kvalfull död. Så länge omertakoden har så stort inflytande på de berörda är det nästintill omöjligt för myndigheterna att bekämpa den organiserade kriminaliteten. Då blir det omöjligt att upprätthålla en rättstat. En framgångsrik tillämpning av omertakoden förutsätter att de kriminella organisationerna kan åka snålskjuts (*free riders*) på det övriga samhällets öppna organisation.

Även om det i övrigt inte finns några likheter

så kan man göra en jämförelse med den lojalitet som finns mellan medlemmar i en yrkeskår. Det finns exempel på hur illa det kan gå för s.k. whistleblowers inom både medicinsk verksamhet och forskning. Man blir inte ihjälslagen men om man berättar vad man bevittnat kan man bli isolerad, utfrysad eller avskedas. Se *whistleblower*.

Omskäreelse är ett operativt ingrepp som innebär olika saker beroende på om det är nyfödda gossebarn, män eller nyfödda flickor eller kvinnor som utsätts för omskärelsen. Hos pojkar/män innebär det att man skär bort förhuden på penis och hos flickor innebär det att man skär bort blygdläpparna och klitoris. Omfattningen av det operativa ingreppet hos flickor kan dock variera. Man kan skilja på tre typer av kvinnlig omskäreelse: delvis eller totalt borttagande av klitoris och/eller klitorisförhud (klitoridektomi); delvis eller totalt borttagande av klitoris och de inre blygdläpparna, med eller utan excision (bortskärning) av de yttre blygdläpparna (*excision*); samt förminskning av den vaginala öppningen genom skapande av en försegling i och med att man skär och sammanfogar de inre och/eller de yttre blygdläpparna, med eller utan excision av klitoris (infibulation).

Omskäreelse hos pojkar/män har förekommit i olika kulturer och religioner och har då oftast genomförts som en initieringsrit och ibland som uttryck för en pakt mellan både guden och människan, men även mellan grupper av män. I Gamla testamentet berättas exempelvis hur två stammar kom överens om en fredspakt och som uttryck för att man menade allvar lät den ena stammen omskära sig. Den andra var Jakobs stam som redan var omskurna som barn. (Pakten visade sig dock vara en fälla där de omskurna, när de låg i sårfeber, slogs ihjäl).

Hos flickor/kvinnor är omskäreelse en mer kontroversiell handling eftersom omskärelsen oftast är av mer radikal karaktär där klitoris tas med, och man talar därför också med rätta om könsstympning. Även om denna form av omskäreelse också har karaktär av initieringsritual baserar sig denna på kulturella traditioner

i framför allt vissa afrikanska länder. I somliga områden är omskärelsen en förutsättning för att kvinnan ska bli gift.

Även omskäreelse av pojkar är kontroversiell och omdiskuterad, eftersom omskärelsen görs när barnen är så små att de inte själva har någon möjlighet att ha synpunkter på frågan. Fördelar med ingreppet har framförts, som att det kan leda till mindre risk för att bli smittad av HIV samt att ingreppet är associerat med mindre förekomst av peniscancer. Detta under förutsättning av att omskärelsen sker på ett operativt och bedövningsmässigt optimalt sätt. Dessa samband är dock ifrågasatta och saknar vetenskaplig grund. Den enda eventuella fördelen skulle kunna vara hygienisk. Dock finns det ökad risk för urinrörsförträngning, vilket kan leda till njurskador. Med orena instrument och under primitiva förhållanden och en oskicklig "kirurg" finns det också risk för infektion och olika följder av infektioner och senkomplikationer. Att vuxna män själva väljer att genomföra ingreppet tycks vara acceptabelt under förutsättning av att det görs på ett säkert sätt. Några likartade fördelar finns inte för kvinnor, utan här finns enbart ett säkert funktionsbortfall med stora konsekvenser för den sexuella livskvaliteten och en stor risk för komplikationer, särskilt när dessa ingrepp genomförs av personer utan kirurgisk utbildning och sålunda under primitiva förhållanden.

I Sverige har man haft en diskussion om huruvida föräldrar till gossebarn ska ha rätt att få sjukvårdens hjälp till omskäreelse. Argument för är att man på detta sätt stärker barnets grupp-tillhörighet och undviker att föräldrarna gör det själva eller söker sig till personer som inte är kunniga. Argumenten emot är att barnen inte är beslutskapabla och inte har möjlighet att senare i livet ångra sig. Om man däremot avvaktar och först genomför ingreppet när den unge mannen är vuxen så kan han själv bestämma om han vill genomföra operationen. En del män väljer att göra så även av icke-religiösa, hygieniska skäl. Vissa pojkar föds med för snäv förhud och opereras då innan puberteten med omskäreelse, men motivet är då ett helt annat.

Kvinnlig omskäreelse förbjöds i Sverige 1982 i *Lagen med förbud mot könsstympning av kvinnor* (1982:316). Två fall har gått till domstol i Sverige och lett till fängelsedomar, båda 2006. I dag finns utarbetade riktlinjer för hur yrkespersoner som kommer i kontakt med misstänkta fall bör agera.

Opt in i medicinsk forskning är ett förfarande där man kräver att individer, efter att ha fått information, aktivt säger ja till att delta i ett forskningsprojekt. Ett sådant förfarande är vanligt vid alla mindre projekt, men kan bli problematiskt och omöjliggöra forskning som inbegriper stora populationer. Man tillämpar då ibland ett *opt out*-förfarande.

Opt out i medicinsk forskning innebär att man efter att ha informerat försökspersoner generellt, i exempelvis dagspressen, antar att alla som inte aktivt meddelar att de inte önskar att delta indirekt säger ja till att delta (se även *opt out* och *biobanker*). I vissa länder har man tillämpat *opt out* vad gäller *organdonation* vid död för att öka tillgängligheten till organ, så om man inte aktivt säger nej förutsätts att man vill donera.

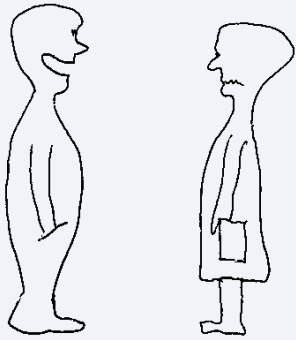
Ordspråk och talesätt kan på samma sätt som humor säga något om ett samhälles eller en kulturs värderingar, normer, tabun och fördomar. Man kan säga att ordspråk och talesätt är en kondenserad form av lång erfarenhet eller mytbildning. I Bibeln kan man exempelvis läsa att: "den som syndar mot sin skapare, han faller i händerna på en läkare", vilket ju inte enbart kan tolkas som något positivt. Snarare verkar läkarbesöket uppfattas som ett välförtjänt straff. En liknande fördom, som även har en humoristisk touche, är följande: "När jag var sjuk gick jag till läkaren, för att han ska leva, och med hans recept gick jag till apotekaren, för att han ska leva, men medicinen hällde jag i slasken, för att jag också ska leva." Intressant nog uttrycker merparten av de ordspråk och talesätt som finns fördomar om läkaren, som exempelvis "hellre dö en naturlig död än med

hjälp av läkare" eller "naturen läker och läkaren tar betalt för det" eller "den som gör sin läkare till arvinge aktar sitt liv ringa" eller "pengar döljer de rikas förseelser, jorden läkarens" (när den avlidna patienten är begravd) och "ingen blir en god läkare förrän han har fyllt en kyrkogård". Vissa talesätt kan dock också upphöja läkaren, som exempelvis "Gud och läkaren söks i nöden" eller "ära läkaren, du kan komma att behöva honom". Det finns också de som visar förståelse för läkarens situation: "om en läkare har botat nittionio patienter och misslyckats med den hundra, så är det den hundra som folk kommer ihåg".

Ett ordspråk som exempelvis: "*Vad man inte vet gör heller ej förtret*" eller den modernare motsvarigheten "Det man inte känner till lider man inte av" innehåller vissa *konsekvensetiska* och *paternalistiska* antaganden om att en viss typ av kunskap kan skada en person och att det sålunda är bäst att avstå från att informera personen om den aktuella kunskapen, dock under förutsättning av att personen inte på annat sätt kan upptäcka den undanhållna kunskapen senare. Ett ordspråk som "var och en är sin egen lyckas smed" eller "envar blir lycklig på sitt sätt" eller "var och en blir salig på sin fason" refererar mer eller mindre tydligt till Bentham's *hedonistiska utilitarism*, som säger att det inte är orsaken till lyckokänslan utan just intensiteten och varaktigheten av själva lyckokänslan som räknas. Talesättet att var och en är sin egen lyckas smed indikerar dock i högre grad än de två senare att individen själv har ansvar för att bli lycklig.
LITTERATUR: Helsing et al. 2003, Holm 1994.

Organdonation är då en levande eller avliden person ger ett eller flera organ till en patient som är i behov av det/dem. Om donatorn är levande är det enbart de parade organen, exempelvis njurarna, som vanligen kan bli föremål för donation och det är då oftast en familjemedlem som donerar men också s.k. altruistiska donationer kan förekomma. Om donatorn är avliden (enligt hjärnrelaterade dödsriterier så att hjärtat och blodtrycket samt syretillför-

Om jag dör så donerar jag gärna mina organ – men enbart till Paris Hilton!



Om riktade donationer

seln kan upprätthållas) kan, om donatorn eller dennes närstående inte är emot, samtliga organ doneras, dvs. njurar, hjärta, lungor, lever, bukspottkörtel etc.

Man kan registrera sig i Socialstyrelsens donationsregister och där uttrycka sin vilja om att donera eller inte. Man kan också inför sina närstående uttrycka sin vilja, genom *livstestamente* eller genom ett donationskort som man kan bära på sig. Man kan här både ange att man inte vill donera alls eller att man vill donera organ för både transplantationsändamål eller donera för både transplantationsändamål och andra ändamål som exempelvis forskning och undervisning. Viljan att donera beror på dels förtroendet för sjukvården, dels religiösa eller kulturella föreställningar om vad som händer med den döda kroppen samt sannolikt andra föreställningar som exempelvis om man tror att ens organ duger. I vissa religiösa sammanhang anses det nödvändigt att den döda kroppen är intakt, i annat fall är man dömd till evig förtappelse.

I Sverige och flertalet andra länder måste man veta varifrån ett organ kommer. Syftet är att undvika handel eller åtminstone illegal handel med organ samt risken för att exploa-

tera fattiga människor och få dem att donera en njure mot betalning. I vissa länder förekommer dock sådan handel och även handel med organ från avlidna inklusive dödsdömda fångar.

Ett problem i samband med organdonationsverksamheten i Sverige är att man inte kan kontakta Socialstyrelsens donationsregister förrän när den donerande patienten är avliden, enligt de hjärnrelaterade dödsriterierna, och då få upplysningar om den avlidnas inställning. Detta innebär att man måste fortsätta intensivvårdsbehandling i syfte att hålla andra organ funktionsdugliga; att fortsätta intensivvårdsbehandling när man vet att patienten är döende upplever en del (även intensivvårdsläkare) som stötande (se också *icke-terapeutisk intensivvård*). När man med säkerhet vet att en patients liv inte går att rädda, exempelvis på grund av en omfattande hjärnskada, så sätter man vanligen ut de livsuppehållande behandlingarna, bland annat respiratorbehandlingen (se *avsluta en behandling*). Men om det inte finns några medicinska hinder för organdonation (exempelvis smittsam sjukdom) och den avlidnas inställning till donation är positiv så fortsätter man intensivvårdsbehandlingen fram tills dess att organen har tagits ut (dock högst 24 timmar).

I Sverige finns ett större medicinskt behov av njurar (och även andra organ) än vad som kan tillgodoses genom organdonation från avlidna. Man har därför bland annat diskuterat det försvarbara i att i högre grad fortsätta intensivvårdsbehandlingen (exempelvis icke-terapeutisk ventilation) av terminalt sjuka/döende patienter. Man har även diskuterat att mer rutinemässigt ge alla med skallskador och stroke intensivvård. Man skulle på detta sätt möjligen både kunna rädda flera liv (i den omfattning som nuvarande omhändertagande är suboptimalt) och få möjlighet att ta till vara flera organ.

LITTERATUR: Caplan et al. 1998, Wilkinson 2003.

Organiserad skepticism, se *CUDOS-normer*.

Organtransplantation är operativa procedurer där man överför ett organ, exempelvis en njure eller ett hjärta, från en donator till en sjuk eller skadad människa som är i behov av ett nytt organ. Organtransplantation kan göras både från levande donatorer (en njure) eller från avlidna (njurar, hjärta, lungor, lever etc.). Transplantationskirurger är skyldiga att ha reda på varifrån organ kommer. Organ som har framförskaffats på vad som allmänt uppfattas som oetiska grunder, exempelvis genom handel eller från dödsdömda fångar, får inte användas. Det finns dock transplantationskirurger i vissa länder som inte följer dessa regler. Se *organdonation*.

Orsaker och orsaksbegrepp har relevans både inom medicinen och inom etiken samt juridiken. Orsaksbegreppet får helt olika innebörder beroende på både tid och vetenskapligt paradigm: Talar vi om människors beteende eller om biljardkolor som stöter samman? Det orsaksbegrepp som Aristoteles opererade med var sålunda helt annorlunda det mekanistiska som introducerades med Galileo, Descartes och Newton. När vi har klara teorier om mekanismer brukar vi även ha en rimlig hypotes om orsaksrelationen, men är mekanismerna inte helt klarlagda eller kanske helt okända måste man vara försiktig med sina hypoteser om orsaks samband. Hur ska man till exempel förklara orsaken till de s.k. apatiska barnens tillstånd? Finns det ett kausalt samband mellan exponering av amalgam som tandfyllningsmaterial och vissa allmänna symtom som exempelvis yrsel, illamående, koncentrationssvårigheter, minnessvårigheter, huvudvärk etc.? Ibland kan en hypotetisk orsak visa sig vara enbart statistiskt associerad, men inte kausalt relaterad (se *confounding factor*). Det gäller en lång rad av riskfaktorer för uppkomsten av sjukdom: Vad är orsakerna till övervikt och hjärt-kärlsjukdom? För mycket fett, för mycket socker, för mycket alkohol; Är en livsstil med för mycket stress och för lite motion inblandad eller är övervikt genetiskt bestämt och helt oberoende av förstnämnda faktorer? Om ett stressande arbete

eller exponering av olika medel kan antas påverka hälsan hur ska man då försöka identifiera orsakssamband? Det finns i dag inom epidemiologin flera bud på detta. Det första budet kom under 1960-talet med Bradford-Hills lista på aspekter som han ansåg vara av betydelse för att kunna tala om orsaker snarare än statistiska korrelationer. Bradford-Hill angav nio punkter som man borde beakta:

- 1) Sambandets statistiska styrka stödjer kausal tolkning. Ett svagt samband utesluter dock inte kausalitet.
- 2) Konsistens av ett observerat samband talar för kausalt samband. Om andra undersökningar, med annan försöksdesign, med andra undersökningsgrupper och med andra forskargrupper pekar åt samma håll talar detta för ett kausalt samband.
- 3) Sambandets specificitet talar för kausalitet. Vid ett sambands specificitet förstås att det enbart ska finnas ett och enbart ett utfall (exempelvis mässling) på en given exponering (exempelvis mässlingssmitta). Avsaknad av specificitet kan dock inte utesluta kausalitet.
- 4) Tidsföljden mellan en hypotetisk orsak och en hypotetisk verkan är en nödvändig förutsättning för kausalitet: Om en hypotetisk verkan kommer före en hypotetisk orsak måste kausalitet avvisas. Dock kan det finnas en tidlig växelverkan mellan orsak och verkan som gör det observerade sambandet komplicerat.
- 5) Ett dos-responsförhållande bör föreligga för ett kausalt samband. Dos-responsförhållandet innebär att då man ökar dosen/exponeringen av någonting (en medicin eller ett gift, exempelvis tobaksrök) ska det också medföra en ökad respons/effekt (behandlings effekt eller ökat förekomst av/risk för exempelvis lungcancer). Om man får en stigande respons vid en stigande dos (inom vissa gränser) talar detta för kausalitet.
- 6) Om det finns en biologisk teori som kan förklara en kausal mekanism stödjer detta en kausal tolkning. Avsaknad av teoretisk förklaringsmodell talar dock inte emot kausalitet.
- 7) Om det finns ett sammanhang inom kunskapsområdet i stort talar detta för kausalitet. Kravet på sammanhang berör undersökningar av besläktade fenomen (exempelvis infektioner) som således ska peka i samma riktning.
- 8) Experimentella

och även kvasiexperimentella resultat kan peka på kausalt samband. Om exempelvis en förebyggande åtgärd medför minskad förekomst av studerad hypotetisk orsak talar detta för kausalitet (exempelvis *Semmelweis* tvättning med klorkalkvatten som minskade dödligheten och som när behandlingen avbröts medförde en uppgång i dödlighet). 9) Analogi anses ha viss betydelse för tolkningen av kausala samband. Om exempelvis den smittsamma sjukdomen röda hund (rubella) kan tänkas vara orsak till fosterskador under graviditet är det närliggande att föreställa sig att andra virusinfektioner också kan påverka fosterutvecklingen. Dessa indikationer på orsak är av olika slag: punkt 2), 6), 7) och 9) rör den allmänna vetenskapsteoretiska dygden om överensstämmelse med övrig teori. Punkt 8) är en metodologisk indikation, medan punkt 3) och 5) är substantiella antaganden i linje med det moderna naturvetenskapliga paradigmet, som ju säger att universum är uppbyggt av molekyler som reagerar på varandra på olika specifika sätt. Punkt 4) är snarast en begreppslig följd av orsaksbegreppet (se *orsaksförklaringar*).

Den finska filosofen Hans Rössing har också försökt diskutera orsaker i relationer till olika medicinska problem och han presenterar en lista på sju punkter: a) Ett enkelt orsak-verkan-samband med direkt observerbar verkningsmekanism. Verkan inträder genast eller efter en kort stund. Vi kallar sådana samband för uppenbara, exempelvis att halka, ramla och bryta benet, att bli slagen, knivhuggen, skjuten, påkördd etc. b) Samma slags samband som a) men med en verkningsmekanism som inte direkt kan observeras, exempelvis att äta kyckling som stått i värme i många timmar och sedan bli illamående och kräkas. Salmonellabakterier och deras verkan kan inte direkt observeras. c) Samma slags samband som b) men med en fördröjd verkan. Verkan inträffar dagar, veckor eller månader efter orsaken, exempelvis att bli utsatt för en stor dos radioaktiv strålning. d) Samma slags samband som c) med tillägget att sårbarhet införs som ytterligare en faktor, exempelvis att bli smittad av virus (t.ex. influensa). Den som är vaccinerad eller har hög naturlig motståndskraft blir inte

sjuk. e) Sambandet kompliceras ytterligare om tidsintervallet mellan orsak och verkan utsträcks till år, decennier och i extrema fall generationer, exempelvis alkohol, tobak, radioaktiv strålning eller genetisk påverkan. f) Ytterligare komplexitet i den kausala modellen får vi genom att beakta kvantitet. När det gäller kemiska ämnen betyder det dosens storlek (jämför radioaktivitet). g) Slutligen har vi exponeringens långvarighet (duration) som en sista faktor som ibland måste beaktas, exempelvis om man kortvarigt exponeras för solljus är risken för hudcancer minimal, men ju längre tid man exponeras desto större är risken. Speciellt sårbara är mycket bleka personer.

Den moderna epidemiologin och även filosofen (Mackie) har påpekat följande två problem:

- 1) En och samma händelse (verkan) kan vara orsakad av flera typer av orsaker, dvs. vad vi vanligen kallar orsak är inte alltid nödvändig för att verkan ska inträda. Exempelvis kan döden vara orsakad av normalt åldrande, av olyckor och förgiftning.
- 2) Vad som vanligen kallas en orsak är snarare en av flera, eller åtminstone två faktorer, dvs. vad som vanligen kallas en orsak är inte tillräckligt för att åstadkomma en verkan, exempelvis en infektion kräver både en mikroorganism och sårbarhet (nedsatt immunförsvar).

Lösningen på dessa två problem är, enligt Mackie och andra epidemiologer oberoende av honom, introduktionen av s.k. INUS-villkor, som då innebär att vad som vanligen kallas en orsak (exempelvis en mikroorganism) i stället ska benämnas som ett möjligt villkor där varje bokstav representerar olika typer av faktorer som är en del av orsaken. I: betyder att det i sig självt är otillräckligt (Insufficient) för att orsaka en verkan (exempelvis sjukdom), N betyder att det är nödvändigt (Necessary) för att verkan ska åstadkommas, U betyder att det inte är nödvändigt (Unnecessary) för att åstadkomma verkan och slutligen S som betyder att det är tillräckligt (Sufficient) för att åstadkomma verkan.

Orsaksbegreppet kan förstås också relateras till mänskliga handlingar där man ofta i stället talar om ansvar och skuld relaterade till avsikten med en handling. Det finns dock intressanta exempel på hur man tillämpat INUS-villkoren för att analysera frågor som rör orsak, verkan och ansvar i samband med avbrytandet av livsuppehållande behandling. Se också *medicinska mirakel, ansvar, orsaksförklaringar, skuld* och *ändamålsförklaringar*.

LITTERATUR: Föllesdal et al. 2001, Hume 1978, Johansson et al. 2008, Mackie 1980.

Orsaksförklaringar är förklaringar där man förklarar en händelse eller ett skeende med hänvisning till något som föregick händelsen eller skeendet. En orsaksförklaring består ideellt sett alltid av tre komponenter: 1) en händelse X förklaras med hänvisning till en tidigare händelse, 2) en uppsättning rambetingelser eller initialvillkor och 3) en orsakslag, där orsakslagen säger att givet betingelserna i fråga kommer den tidigare händelsen alltid att följas av händelsen X.

Normalt antar man att det bara finns en utlösande orsak. Anta exempelvis att vi frågar efter orsaken till en bilkollision. Det riktiga svaret är kanske att föraren trampade för hårt på bromsen och det var denna händelse som utlöste den serie händelser som mynnade ut i kollisionen. Den hala vägbanan kan då vara en rambetingelse, men är inte den utlösande orsaken. Men händelseförloppet utveckling är ändå beroende av rambetingelserna. Hade vägen inte varit hal hade inte olyckan skett.

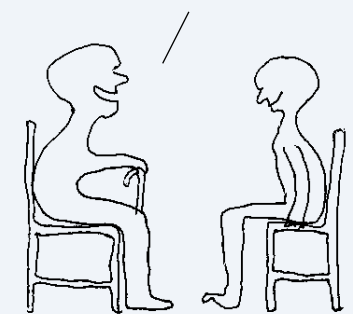
En orsaksförklaring förutsätter alltså en tidslig ordning: en tidigare händelse (en orsak) utlöser en senare händelse (en verkan). En orsak måste med andra ord alltid föregå sin verkan. Vidare förutsätts en regelbundenhet eller en laglighet, dvs. att alltid när händelser av typ A inträffar så inträffar händelser av typ B, givet betingelserna C.

Regelbundenhet är dock inte tillräckligt, utan man måste skilja på statistiska samband (eller korrelationer) och orsaker. Om vi exempelvis antar att upphettandet av metall orsakar att metallen utvidgas, så antar vi inte enbart

att upphettandet föregår utvidgningen och att vi regelbundet iakttagit att upphettad metall också utvidgas. Vi menar också att det är upphettningen som gör att metallen utvidgas och att sambandet inte bara är en slump eller beror på något annat. Med andra ord förutsätter orsaksförklaringar ett nödvändigt samband mellan orsak och verkan, vilket visar att verkan var ett oundvikligt resultat av orsaken och rambetingelserna. Ett regelbundet samband mellan två företeelser är alltså inte tillräckligt för att vi ska kunna anta en orsaksförklaring. Exempelvis finns det en nära nog perfekt korrelation mellan att Big Ben slår fem slag och att fabriksarbetarna i Manchester går hem, men det betyder inte att Big Bens ringande orsakar att fabriksarbetarna i Manchester går hem. Det kan alltså råda perfekt korrelation utan ett orsakssamband.

En förklaring av regelbundenheten som gör den till en orsakssamband snarare än enbart ett statistiskt samband finner man idealt genom formulerandet av en naturlag, som just säger att händelser av en viss typ alltid åtföljs av händelser av en annan typ. Detta innebär två problem då vi för det första kan iaktta regelbundenhet, men vi kan inte direkt observera förekomsten av den lag eller nödvändighet som så att

När jag var ung kunde jag få en så kraftig erektion att jag inte kunde pressa ner den. Det kan jag nu. Tror du jag har blivit starkare i armarna?



Orsaksförklaringar

såga binder ihop de regelbundna händelserna. 1700-talsfilosofen *Hume* identifierade denna svårighet och drog slutsatsen att vi egentligen inte kan grunda antaganden om orsaker på observationer; med andra ord finns det ingen grund att anta orsakssamband i den empiriska vetenskapen. Vanligare är i dag att anta att man rimligen kan anta att det verkligen finns ett orsakssamband om ett antal villkor är uppfyllda (se om Bradford-Hills kriterier under *orsaker*). Ett sådant villkor är att man bör kunna ange en specifik mekanism som förklarar hur orsak och verkan hänger ihop. En nyttig läxa från *Hume* är emellertid att orsaksförklaringar alltid måste ses som i princip reviderbara hypoteser: även om det finns ett väldigt starkt samband mellan rökning och lungcancer, så kan man exempelvis inte utesluta att det exempelvis finns en gen som orsakar både benägenhet att bli nikotinberoende och lungcancer.

För det andra är det ett problem att orsakssamband sällan gäller förbehållslöst, utan enbart givet vissa rambetingelser. Exempelvis orsakar inte rökning alltid lungcancer, utan enbart givet vissa andra betingelser. Inte ens fysiska teorier gäller förbehållslöst, exempelvis gäller lagen att vikt inte påverkar fallhastighet bara undantagslöst givet vissa idealiserade förhållanden, t.ex. vakuum där inte andra faktorer som luftmotstånd påverkar fallhastigheten. Det innebär att orsaksförklaringar alltid består av mer eller mindre omfattande antaganden om att ”allt annat är lika”, s.k. *ceteris paribus*-antaganden. Därför kan det vara svårt att pröva naturlagar då en synbar *anomaly* ju kan bero på att alla rambetingelser inte var lika och att man inte uppmärksammade detta.

Sedan den vetenskapliga revolutionen på 1500-1700-talen ses orsaksförklaringar som den ideala vetenskapliga förklaringsstypen, speciellt inom naturvetenskap. Inom fysiken medges enbart orsaksförklaringar. Inom biologin och medicinen tillåter man också *funktionella förklaringar*, som dock också kan förstås som en slags orsaksförklaringar. Inom samhällsvetenskaperna och humaniora tillåter man också *ändamålsförklaringar*, som hänvisar till människors syften

och trosföreställningar. Denna typ av förklaringar är oundgängliga också inom medicinen, åtminstone än så länge, bland annat för att förklara psykosomatiska sjukdomar. Hur man reagerar på ordinationer från en läkare är också underkastat ändamålsförklaringar. Medicinen intar därmed en intressant mellanposition mellan naturvetenskap å ena sidan och samhällsvetenskap och humaniora å den andra. En annan likhet mellan samhällsvetenskaper och medicin är att man sällan formulerar universella naturlagar, utan i första hand statistiska lagar om samband. Dessa är ofta ett uttryck för att man tror att det finns kausalmekanismer, men att faktorerna som påverkar dessa är så många att det inte går att ställa upp ett undantagslöst samband mellan två faktorer. Inom epidemiologi och socialmedicin är kopplingen till samhällsvetenskaperna mest uppenbar. Se också *orsak*.

LITTERATUR: Elster 1990.

Oviedokonventionen är en europeisk konvention från 1997 (och som sedan följts upp under 2000-talet) som rör skyddandet av mänskliga rättigheter och människovärdet inom det biomedicinska området. Den berör exempelvis modern genteknik och IVF i olika europeiska länder. Oviedokonventionen består av fjorton kapitel och 38 artiklar samt ett förord (preamble) som ger bakgrunden till konventionens tillkomst där man bland annat hänvisar till FN-deklarationen om mänskliga rättigheter liksom framstegen inom den biomedicinska behandlingen och forskningen. Syftet är att skydda människans värdighet och identitet samt garantera respekt för individens integritet. Det betonas att samhällets intressen inte får gå före individens, att man måste tillämpa jämlikhet vid behandling och prioriteringar av sjukvårdsresurser samt att behandling och forskning ska genomföras enligt professionella standarder. Det finns också ett speciellt avsnitt om informerat samtycke där man betonar patientens rätt att tacka nej till både behandling och medverkan i forskning. När det gäller patienter som inte är beslutskapabla betonas hänsynen till tidigare uttalade önskemål så som de

kan komma till uttryck i ett ”advance directive”. Vidare tas frågor upp i relation till den moderna genetiken där man exempelvis betonar att diskriminering inte får förekomma. Prediktiva genetiska test får enbart genomföras om det kan ha betydelse för individens hälsa eller för forskning. Det följer sedan några artiklar som rör individers medverkan i medicinsk forskning där man uppställer fem villkor: 1) Det ska inte finnas några alternativ till att genomföra forskningen på människor; 2) Det får inte finnas en disproportionalitet mellan risktagandet för forskningspersonen och den nytta som kan åstadkommas; 3) Forskningen har godkänts av etikprövningsnämnd; 4) Forskningspersonen har informerats om sina rättigheter och säkerhetsaspekter; 5) Forskningspersonen har gett sitt samtycke och det finns möjlighet att dra tillbaka ett givet samtycke när som helst. Man tar härefter också upp frågor om deltagandet av beslutsinkapabla forskningspersoner där man

betonar att denna forskning inte ska kunna genomföras med andra forskningspersoner, att proportionalitetskriteriet ska beaktas extra noggrant (minimal risk och minimal börda) samt att de berörda ska ha direkt gagn av forskningen och att forskningspersonen inte motsätter sig medverkan. Man tar sedan upp frågan om att använda embryon i in vitro-forskning där man betonar att man inte får skapa humana embryon i forskningssyfte. Efter detta tas frågor om organdonation upp och här betonas att levande donatorer enbart får användas under bestämda villkor, där informerat samtycke också betonas och om donator inte är beslutskapabel får man inte ta organ, dock med vissa undantag. Det är också enligt konventionen förbjudet att handla med organ om det finns ett ekonomiskt vinstsyfte. Avslutningsvis tar man upp frågor om sanktioner mot de (länder) som inte följer konventionen.

LITTERATUR: Council of Europe 1997.

P

Pacifistens dilemma handlar om en pacifist som ställs inför valsituationen att han/hon kan rädda livet på nio människor om han/hon är beredd att döda en. Vi kan exempelvis föreställa oss en löjtnant som med sin trupp tillfångatagit tio rebeller och är i färd med att skjuta dessa då pacifisten dyker upp. Löjtnanten säger då att han är beredd att inte döda nio av rebellerna om pacifisten skjuter en av de tio. Om pacifisten är pliktetiker och har kommit fram till sin pacifism utifrån en regel om att man under inga omständigheter får döda en annan människa, så får pacifisten acceptera att alla tio rebellerna dödas. Det är löjtnantens problem, inte pacifistens. Saken är dock inte självklar ens för en pliktetiker, då det också torde vara en plikt att rädda liv om man kan. Frågan är därmed om man inte står inför en plikt-kollision i detta fall mellan att inte döda och att rädda liv.

Om pacifisten är *handlingsutilitarist* skulle han/hon sannolikt göra en snabb kalkyl, där

han/hon drar den samlade mängden av lidandet ifrån den samlade mängden gott, och komma fram till att det finns ett överskott av gott. Handlingsutilitaristen går därför – om än motsträvt – med på att döda en av de tio fångarna. Den nyttomoraliska kalkylen är dock efter mer noggrant övervägande inte helt självklar med mindre än att man enbart räknar antalet liv jämfört med antalet icke-liv. De efterlevande och även pacifisten kan ju få dåliga liv efteråt, kanske drabbas de av dåligt samvete och skuld-känslor. Om de överlevandes och pacifistens resterande livstid sålunda präglas av ånger och psykiskt lidande så kan även den utilitaristiska pacifisten välja att avstå från att döda. Att de nio överlevandes liv skulle bedömas som så fruktansvärda på grund av dåligt samvete att det hade varit bättre för dem att inte finnas alls, är emellertid så osannolikt att en sådan kalkyl inte är trovärdig. Sålunda borde en utilitarist skjuta den olyckligt utvalde, allt annat lika (*cete-*

ris paribus). Vissa skulle anse detta vara överens med sina moraliska intuitioner, andra inte. Forsök har visat att ju mer direkt man är inbegripen i dödandet, desto större är sannolikheten att man bedömer det som moraliskt felaktigt. Se *neuroetik*.

En viktig skillnad i förhållande till pliktetik är att det enligt utilitaristen inte är värre att aktivt döda än att låta någon dö om du kunde ha förhindrat detta, återigen allt annat lika. Att utilitarister inte anser att det finns någon moraliskt viktig skillnad mellan handlingar och underlåtelser om de har samma konsekvenser är något som många pliktetiker framhåller som en följd av läran som strider mot våra vardagsmoraliska intuitioner. Men i fall som pacifistens dilemma, där nackdelarna av att inte aktivt göra något är så mycket värre än att aktivt döda någon själv, är våra moraliska intuitioner inte lika entydiga. I sådana fall har fler en tendens att gå på utilitarismens linje.

En annan speciell konsekvens av utilitarismen är att det enligt denna inte finns något skäl att tveka inför eller ha samvetskval efter att man har valt att skjuta den ena. Sådana samvetskval leder ju bara till att lyckan i världen minskar. Att ha samvetskval och betänkligheter i ljuset av sådana här situationer skulle många tycka är uttryck för att man har moralisk integritet och är en moraliskt känslig individ, vilket inte utilitarister kan se något *egenvärde* i. Moralfilosofen Bernard Williams har formulerat denna invändning och den har tagits som intäkt för att utilitarismen åtminstone borde kompletteras med eller kanske till och med ersättas av en *dygdetik*, som just tar hänsyn till människors inställning till moraliskt kniviga situationer.

Vad gäller den med dygdetiken besläktade *sinnelagsetiken* är det den goda viljan eller avsikten som avgör om handlingen är berättigad eller inte. Pacifisten kan då motivera skjutandet av den ena med att syftet inte var att skjuta den aktuella rebellen, utan avsikten var att rädda livet på de nio andra.

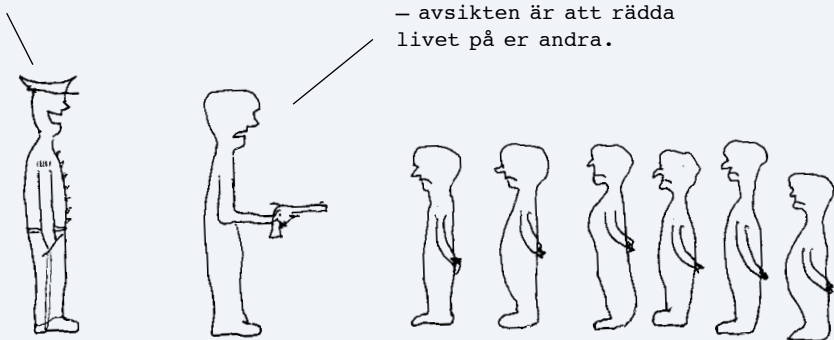
LITTERATUR: Tännsjö 2000, Williams 1981.

Palliativ sedering innebär att en patient i livets slutskede med ett outhärdligt lidande får sova (man sänker medvetandet) när det psykiska, fysiska eller existentiella lidandet inte kan behandlas/bemästras på annat sätt. Man talar i dessa fall om att smärtorna är refraktära. Palliativ sedering är inte synonymt med terminal sedering, men besläktat med detta. Den palliativa sederingen kan antingen vara intermittent eller kontinuerlig och den kan vara ytlig eller djup. Den kontinuerliga formen av palliativ sedering benämns ibland terminal sedering och innebär nästan alltid djup sedering. Intermittent palliativ sedering innebär att man minskar medicineringen och låter patienten vakna med vissa tidsintervaller. Man har då möjlighet att bedöma behovet av fortsatt sedering, detta i motsats till kontinuerlig palliativ sedering där patienten inte väcks. Det har diskuterats om den intermittenta palliativa sederingen har någon reell funktion eftersom de läkemedel som används vid sedering ofta är fettlösliga och därför finns kvar i hjärnan, varvid man kan ifrågasätta den beslutskapabla faktiska beslutsförmåga.

Det finns lite olika tillämpningar av palliativ sedering, och man kan sålunda initiera kontinuerlig palliativ sedering på ett tidigt eller sent stadium. Om exempelvis en patient som inte är beslutskapabel är mycket orolig, ångestfylld och det är svårt att lugna patienten med andra former av palliativ behandling tillämpar man ibland kontinuerlig palliativ sedering i ett tidigare skede än man annars skulle ha gjort. Detta för att man helt enkelt inte har andra alternativ om man vill att patienten ska slippa lida. Patienten kan då komma att avlida på grund av dehydrering som en följd av att man samtidigt med att man inleder palliativ sedering oftast sätter ut all vätske- och näringstillförsel. Rör det sig om en beslutskapabel patient som också är ångestfylld, har svårkontrollerade smärtor och som är svår att lugna, försöker man gärna ge intermittent palliativ sedering för att se om patienten på detta sätt kan få kontroll över smärtorna. Om man lyckas med detta avvaktar man sedan med kontinuerlig palliativ sedering till de sista dagarna. På detta sätt kan

Om du dödar en av dessa män så får de andra leva. Annars skjuter jag dem alla.

Okej, men kom ihåg mina herrar, avsikten är inte att döda en av er – avsikten är att rädda livet på er andra.



Pacifistens dilemma och *sinnelagsetik*

man säga att patienten avlider till följd av sin grundsjukdom och inte till följd av dehydrering. Om patienten avlider till följd av uttorkning kan det framstå som om det är läkarna som är orsak till att patienten avlider, eftersom det är sederingen som är anledningen till att patienten inte längre kan ta till sig vätska och näring. I de flesta fallen där palliativ sedering sätts in i ett sent skede har utsättandet av vätska och näring ingen betydelse eftersom olika organsystem håller på att minska sin funktion och därför inte behöver tillförsel av näring eller vätska. Tvärtom kan vätsketillförsel i detta läge påskynda dödsprocessen, exempelvis om njurfunktionen inte längre fungerar kan patienten få vatten i lungorna och avlida som följd av detta, ett s.k. lungödem. Det finns dock de som ifrågasätter att man gör skillnad mellan den beslutskompetenta patienten och den beslutsinkompetenta. Det kan te sig märkligt att den patient som är beslutskapabel och medveten om vad kontinuerlig palliativ sedering innebär och vill ha detta, skulle ha mindre rätt till det än en som inte är i stånd att fatta ett beslut om det själv. Detta förhållningssätt har sannolikt att göra med olika syn på autonomibegreppet. Bör man respektera en patients *autonomi* eller bör man stärka och bevara autonomin så länge det går? En fråga som därför framkommit i detta sammanhang är i vilken omfattning en terminalt sjuk men beslutskapabel patient ska få möjlighet att själv välja om och när han/hon vill ha intermitterande eller kontinuerlig palliativ sedering. Patienterna är i sådana situationer svaga och beroende av att ha goda relationer till sina läkare. Det kan därför vara vanskligt för en sådan patient att uttrycka sina önskemål eller att göra sin röst hörd. Det finns också indikationer på att palliativa läkare bedömer och handlar olika i relation till sådana patienter, vilket är i strid med principen om att lika (lidande) ska behandlas lika. Den europeiska föreningen för palliativ vård (EAPC) har angivit specificerade kriterier, definitioner och analyser av när en patients lidande är intolerabelt (refrakära smärtor), hur beslutsprocessen bör se ut och därmed vilken betydelse man ska tillmäta

patientens önskemål, betydelsen av sederingen samt utsättandet av vätska och nutrition samt hur man kan skilja mellan palliativ sedering, s.k. slow euthanasia och olika former av döds hjälp. Se också *autonomi-enhancement* och *autonomiprincipen, döendeprocessen* och <http://www.eapcnet.org/forum/>

Palliativ vård är den typ av sjukvård som man ger till patienter när det inte längre finns någon kurativ behandling att ge, eller då patienten inte önskar en sådan kurativ behandling. Fokus är på exempelvis smärtlindring, ångestbehandling och god omvårdnad där man beaktar hela patientens psykosociala och existentiella välbefinnande. Enligt WHO går palliativ vård ut på att förbättra den palliativa patientens och hans/hennes närståendes livskvalitet. Man vill göra detta genom tidig identifiering av och behandling av smärtor samt fysiska, psykosociala och andliga problem.

Enligt WHO:s beskrivning finns det visst fokus på terminala cancersjukdomar (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>). Andra sjukdomar som också är dödliga, exempelvis neurodegenerativa sjukdomar och hjärt-lungsjukdomar, är inte i fokus liksom de situationer där man *avslutar en* (livsuppehållande) *behandling* och ger lindrande sedering. Se även palliativ sedering och döendeprocessen.

Paperclips, se project paperclips.

Papperslösa patienter är samlingsnamnet på patienter som söker svensk sjukvård och som inte har de fyra sista siffrorna i sitt personnummer. Oftast handlar det om asylsökande flyktingar eller avvisade asylsökande som gömt sig eller där avvisningen inte verkställdes. Denna kategori av personer uppskattas omfatta drygt 10 000 individer i Sverige och de kan ha olika svårigheter att erbjudas sjukvård på lika villkor som andra patienter som har de fyra sista siffrorna och ett patientkort från landstinget. Vuxna asylsökande har exempelvis fått sina möjligheter till offentligt finansierad sjukvård

begränsade till enbart sådant som inte kan anstå, dvs. sjukvård utan vilken patientens hälsa kommer att äventyras. Barn till asylsökande ges däremot sjukvård på lika villkor som andra barn. Asylsökande som avvisats och/eller håller sig gömda vågar oftast inte söka vanlig sjukvård av rädsla för att de då ska bli hämtade av polisen och få avvisningen verkställd. Det har därför tagits initiativ till speciella mottagningar för papperslösa och exempelvis Röda Korset har bidragit till denna verksamhet.

Det finns en rad etiska och medicinska problem med att man gör skillnad mellan patienter med och utan uppehållstillstånd. Har patienterna samma symptom och samma medicinska behov och i övrigt är likartade i andra avseenden, strider denna praxis mot principen om att lika ska behandlas lika och det finns alltså en inkonsistens i förfarandet (se *supervenians*). Det finns också problem som är av mer medicinsk karaktär; t.ex. hur ska man entydigt avgöra när en utredning eller behandling inte kan anstå. Har man exempelvis en person med instabil angina pectoris är detta då ett tillstånd som man kan anstå med att behandla eller bör man i syftet att förebygga insjuknandet i en manifest hjärtinfarkt ge en sådan patient behandling? Avgränsningssvårigheterna och det moraliskt stötande (för många som arbetar inom sjukvården) i att man inte kan leva upp till principen om att lika ska behandlas lika har lett till att en del landsting har valt att ge vård till dessa patienter utan att ta betalt. Det har visat sig att det är en relativt ringa kostnad som är förknippad med detta och det har bidragit till att många som jobbar inom sjukvården upplever arbetet som mindre moraliskt stressande. Se också *supervenians* och *moralisk stress* samt *samvete*.

Paradigm, se vetenskapligt paradigm.

Parasitering på sanningen eller på ett förtroende kan man metaforiskt tala om i fall när exempelvis en läkare inte intygar korrekt vad man observerat, så att handlingen inte är helt i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, men har en vital betydelse för

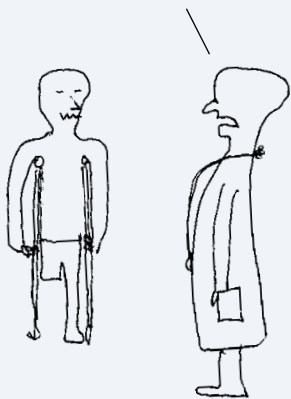
att hjälpa/rädda patienten. Om det är till gagn för patienten och det till och med kan vara livräddande finns det indikationer på att många läkare skulle vilja försvara en sådan handling. Om handlingen däremot utförs för egen vinnings skull, exempelvis genom att läkaren betalas extra för att göra detta, är det svårare att argumentera för handlingen, även om ingen skulle upptäcka förfarandet. Om vi talar om parasitering i samband med att exempelvis utfärdade felaktiga eller inkorrekta intyg eller recept och ser på handlingens konsekvenser i termer av om det äventyrar förtroendet för läkarkåren eller sjukvården, kan man sammanställa de möjliga utfallen i följande tabell:

		Förtroendet påverkas negativt.	
		Ja	Nej
Utfärdade inkorrekta intyg	För patientens skull	1	2
	För läkarens skull	3	4

Att parasitera på förtroendet är en metafor och det är frågan om hur långt man kan driva den, men en viss analogi finns det. En parasit kan leva på exempelvis en växt och om båda kan ha fördel av detta talar man om att de lever i symbios. Om det är frågan om en parasit som om den får leva obegränsat tar död på sin värdorganism, så är parasiten evolutionsmässigt sett inte så smart. En parasit däremot som inte tar död på sin värd och som för en diskret tillvaro kan göra så att båda lever utan att det behöver vara fråga om symbios.

På samma sätt kan man föreställa sig att en läkare kan parasitera på läkarkårens förtroende genom ett exempelvis inte helt korrekt intygande, både om det har vital betydelse för att hjälpa patienten eller för att själv dra fördel av handlingen, under förutsättning av att det är en engångsföreteelse. På samma sätt som ett offentligt transportsystem kan tolerera ett visst

Om alla som har ett ben skulle få intyg om handikapparkering, var skulle vi då hamna?



Regel eller undantag?

antal fripassagerare, men inte hur många som helst, så skulle systemet bryta ihop på samma sätt som en växt skulle gå under om parasiten tog över helt och hållet. Frågan är om man över huvud taget ska acceptera någon form av denna typ av parasiterande verksamhet.

I vissa situationer kan patienter emellertid komma i kläm mellan å ena sidan läkarens hänsyn till samhället och hänsynen till sina egna professionella intressen (vetenskap och beprövad erfarenhet och yrkesetiska regler) och å andra sidan hänsynen till patienten. I vissa fall får hänsynen till patienten gå före hänsynen till samhället och de egna professionella intressena, speciellt i situationer där samhället och den enskilda patienten bedömer kunskap eller upplysningar helt olika. Kvinnor som levde innan den fria steriliseringen (av familjeplaneringsskäl) blev tillåten från och med 1975, kunde exempelvis efter att ha fött tio barn och inte orkade med flera, vända sig till sin provinsialläkare för att få hjälp med att bli steriliserade. Om det inte fanns medicinska, socialmedicinska eller eugeniska skäl så fick kvinnan formellt sett stå sitt kast, eftersom det ansågs vara kris i befolkningsfrågan skulle det annars ha uppfattats som okynnessterilisering. En sådan provinsialläkare

kunde emellertid ange eugeniska skäl, genom t.ex. att hitta en avlägsen farbror med alkoholproblem, så att Medicinalstyrelsen skulle kunna godkänna att kvinnan blev steriliserad, då alkoholism ansågs vara genetiskt betingad. Även om detta var ett missbruk av intyg och ett lätt-sinnigt förhållande till samhällets förordningar finns det skäl för provinsialläkarens handlande: kvinnans rätt att själv få bestämma över sin reproduktiva hälsa. Samma resonemang kan anföras om de läkare som hjälpte kvinnor med abort innan den fria aborten blev legaliserad. I sådana fall hjälpte läkaren patienten, och ansåg att patientens intressen borde gå före samhällets, men det skedde alltså på bekostnad av en mer eller mindre fingerad indikation eller diagnos. Och frågan är alltså i vilken omfattning man ska acceptera denna form av parasiterande verksamhet. Någon större omfattning går inte att acceptera, då bryter systemet samman och intyg, diagnoser etc. upphör att ha mening, men att en enstaka läkare vid enstaka tillfällen hjälper en nödställd patient med inte helt accepterade medel kan man möjligen leva med, speciellt om lagstiftningen inte förefaller tidsenlig. Blir det frågan om många undantag för en och samma läkare eller för många läkare bör man förstås agera på annat sätt, exempelvis ändra på regelverket.

En förutsättning för att kunna acceptera någon form av parasitering är att man också accepterar begrepp som *prima facie-plikter*/principer och tumregelsetik (se *tumregelspliktetiker* och *tumregelsutilitarist*), vilket alltså kan kontrasteras till absoluta regler och plikter som gäller oavsett konsekvenserna.

Det finns en del ordspråk och talesätt som berör läkarens rätt att avstå från att tala sanning om det är för patientens eller de närståendes eget bästa (se *paternalism*). Celsus lär ha sagt: "Ingen får ljuga så fritt som läkaren" (för att skona den sjuka eller närstående). Även Alexander Dumas lär ha sagt att när Gud deklarerade att det är syndigt att ljuga gjorde han ett undantag för läkaren och gav honom tillstånd att under en och samma dag ljuga så ofta han konsulterades av en patient. I ovan nämnda fall

där en läkare i syfte att hjälpa en patient i ett nödläge skriver exempelvis ett falskt intyg, illustreras också problemet med dubbla lojaliteter, mellan hänsynen till å ena sidan samhället, läkarkåren och vetenskapen och å andra sidan patienten. När läkare går med på att skriva ett falskt intyg till en nödställd patient kan det också vara så att läkaren kan uppfatta det gällande regelsystemet som orimligt, oansvarigt eller orealistiskt. Se vidare *samvetsklausul*.

LITTERATUR: Helgesson et al. 2008, Lynöe et al. 2004.

Partikularism är uppfattningen att det inte finns några allmängiltiga moralprinciper. Skälet är att vad som spelar roll för om en handling är rätt eller fel, dvs. vad som är moraliskt relevant, kan vara så många olika saker i olika enskilda (partikulära) situationer att man inte på något tillförlitligt sätt kan generalisera från en situation till en annan. Detta innebär att något som utgör ett skäl för en handling i en situation kan vara betydelselöst i en annan eller till och med vara ett skäl mot en handling i en annan situation. Exempelvis kan det faktum att en viss åtgärd lindrar någons lidande tala för åtgärden i en viss situation, men mot den i en annan, beroende på den situationens unika karaktär. En annan patient kanske anser att lidandet har en mening och bidrar till att man mognar som människa och därför anser att alla former av lindrande behandling är icke önskvärda. Det moraliska landskapet är enligt partikularisten så komplicerat att det inte låter sig sammanfattas i några övergripande principer.

Partikularister brukar vara kritiska mot moralteorier med universella anspråk, såsom *utilitaristiska* eller *deontologiska* teorier. Partikularister brukar dock hävda att moralisk kunskap är möjlig, men att den just är av ett partikulärt slag, dvs. att vi kan ha kunskap om vad som är rätt i en viss situation. Partikularister vilar då ibland på en *dygdetisk* syn på moralisk kunskap, som menar att moralisk kunskap är en slags praktisk kunskap (*fronesis*) som innebär en känslighet för vad som är moraliskt relevant i en viss situation. Den moraliskt känsliga perso-

nen uppfattar detta och de som inte (ännu) är moraliskt känsliga lär sig vad som är moraliskt viktigt genom att studera och ta efter den moraliskt känsliga personen som då blir ett föredöme. Se också *kunnande*.

Ett problem för partikularismen är att den verkar kunna leda till moralisk skepticism, då det ibland verkar råda oenighet om vad en moraliskt känslig person skulle göra och vem det är som påvisar störst moralisk känslighet i en viss situation. Frågan är då hur man ska avgöra vad som är (mest) riktigt i en situation utan att hänvisa till mer allmänna överväganden om vad som gör en viss handling riktig eller felaktig. Frågan är om moraliskt resonerande alls är möjligt utan någon hänvisning till mer allmänna principer. Om någon exempelvis menar att man bör avstå från smärtlindrande åtgärder i en viss situation, så vill man ha ett skäl för det. Skälet borde väl då ha giltighet i andra liknande situationer, vilket innebär ett generellt övervägande. Om någon skulle säga att skälet bara gäller i denna situation så vill man ha ett skäl för detta osv. Om resonemanget slutar med: "Detta är vad den moraliskt känsliga personen skulle hävda" vill vi också veta varför, om det inte ska sluta i grundlös dogmatism, exempelvis: "Så brukar vi göra". En rimlig partikularism verkar därför behöva vissa moraliska principer, även om de förstås kan vara mer komplicerade och sammanhangsberoende än traditionella deontologiska eller utilitaristiska principer. Se också *principialism*, *prima facie-plikter*/principer och *tumregler*.

LITTERATUR: Dancy 2004, Johansson et al. 2008, Kihlbom 2002, Tännsjö 1998.

Passiv dödshjälp är ett begrepp som ibland används i samband med att man inom sjukvården avstår från att inleda eller avbryter en redan inledd livsuppehållande behandling på en terminalt sjuk patient som inte längre bedöms ha gagn av behandlingen. Att avstå från att inleda en livsuppehållande behandling som inte gagnar patienten är en underlåtenhetshandling och kan därmed sägas vara passiv. Men att avbryta en redan inledd livsuppehållande behandling

som inte längre gagnar patienten kan uppfattas som en aktiv handling. Ofta resonerar man på så sätt att om man hade vetat det man vet nu, när det är klart att behandlingen inte längre gagnar patienten, så skulle man ha avstått från att inleda behandlingen. På så sätt blir den etiska skillnaden mellan en aktiv och en passiv handling i detta avseende obefintlig, även om det psykologiskt kan finnas en skillnad.

Det kan dock ifrågasättas huruvida att avstå från att inleda eller att avbryta livsuppehållande behandling verkligen kan klassificeras som en form av dödshjälp. Även om avbrytandet av en livsuppehållande behandling har den förutsedda effekten att patienten avlider är påskyndandet av döendet inte nödvändigtvis det primära motivet. Avsikten är att avsluta en behandling som den beslutskapabla patienten inte längre vill ha eller som läkaren på goda grunder inte anser kommer att påverka utfallet, dvs. inte kommer att gagna patienten, och patienten kommer att avlida vad än man gör. Vad som egentligen ska förstås med passiv dödshjälp kan diskuteras och framför allt vad som ska falla under begreppet. Gäller det exempelvis även s.k. *läkarassisterat självmord*? Vidare är gränsen mellan passiv och *aktiv dödshjälp* oklar. Man har också ifrågasatt om gränsen mellan aktiv och passiv dödshjälp är normativt relevant. Är det alltid acceptabelt att avstå från livsuppehållande behandling som inte gagnar patienten och alltid fel att göra något som leder till ett avsiktligt påskyndande av dödsprocessen? Termen passiv dödshjälp är sannolikt mer vilseledande än vägledande och man bör därför undvika att använda den. Se *avstå från att inleda en behandling* och *avbryta behandling*.

LITTERATUR: SMER 1992.

Passiv paternalism är en form av paternalism där vi inte tillgodoser patientens positiva rättigheter med motivet att det är för patientens eget bästa. Om man som läkare bedömer att det inte finns fog för en viss utredning eller för att avstå från att sjukskriva och motiverar det med att man avstår för patientens eget bästa, är det ett exempel på passiv paternalism. Det ska

ses i motsättning till aktiv paternalism där man kränker patientens negativa rättigheter.

LITTERATUR: Bremberg 2004.

Patent innebär en ensamrätt på att använda och ekonomiskt tjäna på en uppfinning under en viss tidsperiod och är inrättad för att stimulera just arbetet med att ta fram nya uppfinningar. Om patent inte fanns och det var fritt fram att kopiera en uppfinnarens nya produkter utan att denna eller dennes investerare får kompensation för detta, blir incitamenten antagligen mindre att lägga ned de tidsmässiga och ekonomiska resurser som krävs för att utveckla uppfinningar.

Om en person har fått patent på sin uppfinning kan vederbörande sedan sälja licenser så att andra genom att betala en viss avgift för varje såld produkt kan producera den aktuella produkten, exempelvis ett speciellt läkemedel. Frågan om patent inom medicinen har dock inte alltid varit helt enkel, om exempelvis den aktuella uppfinningen blir för kostsam så att få har råd att köpa produkten. Detta var bland annat anledningen till att Fredric Banting 1923 tog patent på det som fick namnet insulin, men enbart tog en dollar i vinst och sedan lämnade över produktionen av insulin till läkemedelsföretaget Eli Lilly under förutsättning att priset skulle vara acceptabelt, och därmed blev läkemedlet tillgängligt för alla diabetiker.

För att man ska kunna ta patent på en uppfinning ska det uppfylla vissa kriterier:

- 1) Det ska finnas ett nyhetsvärde, dvs. det ska vara en uppfinning och inte enbart en identifiering av något redan existerande. Naturligt förekommande saker får inte patenteras, exempelvis ett mineral.
- 2) Det man vill patentera får inte vara något självklart eller något som är enkelt att identifiera, exempelvis fingeravtryck som identifieringsmetod.
- 3) Det man vill patentera ska vara nyttigt för samhället i stort, åtminstone potentiellt.

Ett område som har väckt debatt angående patent är de som berör genetiska *uppfinningar* och

där gränsen till *upptäckter* är glidande. Gener är ju naturligt förekommande men för att identifiera och isolera dessa krävs speciella metoder, liksom vid replikeringen av gener. Identifieringen av en speciell gen som disposition för en viss sjukdom eller en gen som ansvarar för produktionen av ett visst protein kan sålunda patenteras. Det som är problematiskt är då man ibland tar ut s.k. breda patent som kan hindra att andra kan bedriva forskning inom ett givet genkomplex, och en del länder förordar därför i dag s.k. smala eller riktade patent som avser en viss funktion av gener. Även om patent måste offentliggöras, så måste andra aktörer som vill använda patentet betala patentinnehavaren en licens för att få använda patentet, åtminstone om forskningen sedan ska användas i kommersiella syften.

LITTERATUR: Bliss 1982, Wilkinson 2003.

Paternalism, se medicinsk paternalism.

Patientautonomi refererar till patienters ökade inflytande på beslut som berör patienten och det förhållande att vi har gått från läkarpaternalism till ökad patientautonomi. Läkarpaternalism innebär att läkaren fattar beslut i patientens ställe även i de fall då patienten faktiskt är beslutskapabel. Den ökade patientautonomi kan ses som ett uttryck för att patienten har erövat mer av initiativet och att patientens ställning inom sjukvården stärkts. Se även autonomiprincipen och patientcentrerad behandling och medicinsk paternalism.

Patientcentrering och patientcentrerad medicin representerar en patient-läkarrelation där patientens ställning är stärkt, där patientens medbestämmande har optimerats och där patienten tar ett aktivt ansvar för behandlingen av sin sjukdom. Patientcentrering kan kontrasteras mot ett läkarcentrerat förhållningssätt där läkarens agenda är i fokus och som ofta är paternalistiskt och innebär att patienten är passiv. Patientcentrering innebär att man beaktar och avlyssnar patientens farhågor, förväntningar och föreställningar, som är de tre F:en som ock-

så indirekt avspeglar patientens värderingar. Genom att fokusera på patienten och där denna befinner sig kan utredningar och behandlingar optimeras. På det sättet ökar man chansen att undvika både över- och underutredning samt över- och underbehandling. All tid kan annars gå åt till att utreda hur ofta patienten exempelvis haft avföring, vilken färg och konsistens denna har, man tar avföringsprov etc. I själva verket kan huvudproblemet vara att patienten är helt upptagen av sin farhåga av att ha fått cancer efter det att en god väns pappa har fått det. Lyssnar man till de tre F:en och i detta fall lyssnar till patientens farhågor skulle man mycket snabbt kunna inrikta sig på att i stället hjälpa patienten med att både ventilera farhågorna och diskutera rimligheten av att initiera en utredning. Utöver att patientcentrering som metod av många läkare anses vara en effektiv och tidsbesparande metod innebär metoden också att patientens autonomi beaktas och att patienten upplever sig som respekterad. Man talar om terapeutisk allians mellan patienten och behandlaren och att uppgiften som behandlare snarare är att ge patienten ett så korrekt underlag som möjligt för att själv kunna fatta beslut och handla därefter även om man ofta också talar om delat beslutsfattande (shared decision-making). Patientcentrering innebär i alla fall en aktivering av patienten och även om delar av patientcentrering kan uppfattas som en ambition om autonomi-enhancement snarare än direkt respekt för patientens autonomi, har patientcentring bidragit till att stärka patientens ställning i sjukvården och har på så sätt också satt fokus på respekt för en patients autonomi. Se vidare patient-läkarrelation.

LITTERATUR: Ottoson 1999.

Patient-läkarrelationen har i Sverige under de senaste decennierna utvecklats på så sätt att man gått från ett läkarorienterat förhållande till ett patientorienterat. Man kan också säga att man gått från läkarpaternalism till en betoning av respekt för patientens autonomi. Patient-läkarrelationen har stor betydelse för hur dels resultatet av en behandling utfaller (placebo-

eller noceboeffekt), dels för patienters förtroende för sjukvården. En läkare som kränker sin patient genom att uppträda på exempelvis ett paternalistiskt sätt kan ge upphov till negativa konsekvenser för framför allt patienten men även på sikt för sjukvården. Den danska allmänläkaren Jan-Helge Larsson har visat att de patienter som ibland benämns som besvärliga alla hade det gemensamt att de någon gång tidigare hade upplevt att de hade blivit kränkta av en läkare inom sjukvården. Deras fortsatta resa (Odysseé – se Odysseussyndromet) inom sjukvården handlade om att få upprättelse – en resa som blev både besvärlig och plågsam för patienterna och kostsam för sjukvården.

Går man längre tillbaka i tiden kan man identifiera flera olika epoker med varierande förhållningssätt mellan patienter och läkare. Går man till den egyptiska medicinen under perioden 4000–1000 år f.v.t. var läkarna också en sorts präster och magi var en del av den terapeutiska repertoaren. Somatiska sjukdomar inkluderade enbart sådana som var synliga för direkt observation som exempelvis frakturer, medan psykiatriska sjukdomar uppfattades som inre tillstånd som kunde behandlas med magiska metoder av en behandlare som förstod sig på detta. Patient–läkarrelationen var sådan att läkaren var den aktiva och patienten den passiva och förhållningssättet var paternalistiskt.

Den grekiska medicinen från cirka 500 år f.v.t. och fram till medeltiden var baserad på en naturalistisk förståelse av sjukdom och behandling, och det ingick sålunda inga ockulta föreställningar om sjukdomars uppkomst eller magiska teorier om deras behandling. Den *hippokratiske traditionen*, som också följer den naturalistiska uppfattningen om sjukdom, ger i jämförelse med den religiöst inspirerade egyptiska traditionen, utrymme för patientens rätt att vara med att bestämma. Läkarens status under den romerska tiden indikerar att åtminstone den framstående romaren kan ha haft en relativt stark ställning gentemot läkaren som ofta var en invandrad grek, som exempelvis *Galenos*. Men man ska samtidigt komma ihåg att den dåtida medicinska kunskapen var hemlig och

att läkaren sålunda visste mest, och om han inte informerade sina patienter om behandlingsalternativ så kan läkaren kanske också i vissa fall ha varit den som vetat bäst. Men vi kan inte utesluta att både läkaren och patienten under denna tid båda kan ha varit aktiva.

Under medeltiden fick kyrkan ett ökat inflytande över medicinen och man återgick till uppfattningen att patienten var som ett hjälplöst barn och läkarens roll blev då den aktiva, patientens den passiva med tillhörande paternalism. Med 1700-talets upplysningstradition och den franska revolutionen sker det en demokratisering av läkar–patientrelationen vilket innebär att patientens ställning stärks och läkaren blir mindre paternalistisk. Detta förhållningssätt kan ytterligare ha förstärkts under 1800-talet då fokus kommer på patientens symtom (jämför exempelvis homeopatin) och deras behov. Beroende på om läkaren behandlade aristokrater och bättre ställda borgare eller arbetare påverkades också patient–läkarrelationen. Överklassen kunde under denna period, som också präglades av brist på effektiva behandlingar, i hög grad framföra önsknin­gar och få dem tillgodosedda, och de behandlades oftast i hemmet. Arbetare fick sin medicinska eller kirurgiska behandling på de nya lasarett­en och fick på det sättet också på ett enklare sätt ingå i medicinska försök. Det blev sålunda också lasarettsmedicinen som bidrog till utvecklingen av nya medicinska teknologier inom både diagnostik, förebyggande vård och behandling. Fokus gled från symtom till underliggande patologiska förändringar. På detta sätt återerövrade läkaren sin position; det krävde diagnostisk skicklighet att med utgångspunkt i olika mer eller mindre sofistikerade undersökningsmetoder ställa en diagnos och föreslå en behandling. Patienten fick sålunda igen en mer passiv roll. Betoningen av den hippokratiske inspirerade göra gott-principen gav också näring till en paternalistisk hållning.

Det är under de senaste 50 åren som läkare har blivit alltmer uppmärksam på att patienter inte enbart kommer med en sjukdom som ska diagnostiseras och behandlas, utan att patient-

en också är en person med egna föreställningar, värderingar och förväntningar som måste beaktas. Patienter som inte respekteras eller direkt kränks följer i mindre grad läkarens ordinationer, och även om läkaren har patientens bästa för ögonen, har ett paternalistiskt förhållningssätt i kombination med patientens passiva roll lett till att förhållningssättet allt oftare blir kontraproduktivt. Demokratiseringen av patient–läkarrelationen är därför dels ett resultat av individens ändrade ställning i samhället, dels ett resultat av att läkare har blivit alltmer uppmärksamma på att om man vill patientens bästa så ska man undvika en paternalistisk attityd. Inom medicinen har man också uppmärksammat läkarens kommunikationsförmåga och betydelsen av att aktivera patienten att ta ansvar och att respektera patientens autonomi.

Dagens fokus på patientcentrering som modell för ett bra patient–läkarförhållande förutsätter att läkaren eller behandlaren visar respekt för patientens värderingar, förmåga att ta till sig information, förmåga att fatta beslut och förmåga att handla efter ett fattat beslut. Men motivet för läkarens respekt för patienters autonomi kan diskuteras, liksom huruvida det verkligen rör sig om respekt för patientautonomi eller kanske snarare handlar om att med sofistikerade psykologiska metoder stärka patientens förmåga att själv ta ansvar för sin sjukdom, dvs. en form av autonomi-enhancement. Se också *autonomi* och *patientcentrering*.

LITTERATUR: Bremberg 2004, Kaba et al. 2007, Hansen et al. 1979, Larsen 1981, Porter 1999, SOU 2008.

Patientnämnder är från sjukvården fristående instanser inom landstingen. Nämnderna tar bland annat emot klagomål från patienter och närstående. En patientnämnd försöker att reda ut missförstånd och om det finns missförhållanden kan nämnden ta kontakt med berörda kliniker och personal. Patientnämnderna ger råd till patienter och kan även ibland rekommendera att patienterna vänder sig till Socialstyrelsen eller direkt till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) och här görs en anmä-

lan om det rör sig om misstänkt felbehandling. Patientnämnderna tillkom som ett försök att avlasta HSAN som innan nämnderna kom till även bedömde fall som exempelvis rörde dåligt bemötande.

Patientnämnderna i Stockholms läns landsting brukar indela de inkomna ärenden i sådana som rör klagomål över: 1) behandling (cirka 30%), 2) rådgivning (cirka 17%), 3) tillgänglighet (14%), 4) bemötande (cirka 12%), 5) ekonomi/prioriteringar (cirka 9%), 6) juridiska frågor (cirka 8%), 7) administrativa frågor (cirka 5%), 8) omvårdnadsfrågor (cirka 2%), 9) informationsproblem (cirka 2%) och 10) samverkansproblem (cirka 2%). I cirka en tredjedel av de fall där klagomålen rör sig om felbehandling finns det bakom dessa även dåligt bemötande, dvs. att om patienten eller den närstående hade blivit bemött på ett respektfullt sätt skulle det antagligen inte ha lett till en anmälan. Patientnämnderna ger återkopplig direkt till den berörda personalen eller indirekt genom sina årsrapporter. I cirka 70% av ärendena rör klagomålen läkare, men även barnmorskor, sjuksköterskor, sjukgymnaster och tandläkare omfattas av klagomålen.

Patientnämnderna har utöver detta uppdrag också i uppgift att erbjuda och utse stödpersoner till patienter som tvångsvårdas inom psykiatri.

LITTERATUR: Wessel et al. 2009.

Patienträttigheter utgörs av en rad principer som presenterats i den s.k. Lissabondeklarationen från 1981 (av WMA, senaste revision 2005) och som består av en rad punkter vari patientens rättigheter och läkarens skyldigheter mot sin patient lyfts fram. Dessa patienträttigheter har också antagits av Sveriges läkarförbund 1995 vars innehåll i komprimerad form kan sammanställas i följande punkter:

- 1) Du ska kunna känna tillit till den medicinska behandlingen och vården. Den ska vara lämplig för dig och du ska kunna känna dig trygg med den.
- 2) Din rätt att välja läkare, sjukhus eller vårdinstitution ska respekteras av din läkare.

- 3) Din rätt att kunna vända dig till en annan läkare ska respekteras av din behandlande läkare.
- 4) Så länge du behöver behandling och vård ska din läkare samordna den.
- 5) Du har rätt till information så att du själv kan fatta beslut och vara medveten om följderna av beslutet. Om du vill kan du avstå från information.
- 6) Du väljer själv om du vill bli undersökt och behandlad, likaså om du vill medverka i forskning och undervisning.
- 7) Du har rätt att ta del av innehållet i din journal. Är det något du inte förstår förklarar läkaren det.
- 8) Informationen om dig är sekretessbelagd och förvaras på ett säkert sätt.
- 9) Du avgör själv om uppgifter om dig ska lämnas ut, exempelvis till närstående, men i vissa fall anger lagen att information måste lämnas ut.
- 10) Din rätt till hälsouppläsning, till exempel om hälsosamt levnadssätt och hur sjukdomar kan förebyggas, ska din behandlande läkare medverka till.
- 11) Din läkare ska respektera din kulturella bakgrund och dina värderingar. Världighet och integritet i sjukvården tillhör dina rättigheter.
- 12) Patienträttigheterna är din läkares mål och vägledning. De ger dig frihet och rättigheter. Någon gång kan föreskrifter och resurser begränsa möjligheterna, men läkaren har ändå ständigt ditt bästa i åtanke.

Patologisering är en term som ofta används för att benämna trenden att i ökad utsträckning se mänskliga problem som sjukdomsrelaterade. Patologisering brukar sammanhånga med medicalisering, dvs. att medicinska åtgärder är det man i första hand tar till för att lösa problem, exempelvis snarare än att förändra den samhällseliga miljön. Se också indikationsglidning.

Percival, Thomas (1740–1804) var en engelsk läkare som 1789 fick i uppdrag att lösa en kollegial konflikt mellan medicinare, apotekare och

kirurger i Manchester. Konflikten handlade om vem som skulle få göra vad utan att man trampade varandra yrkesmässigt på tårna. Man ska komma ihåg att det var en tid då lasarettsmedicinen höll på att ta form. Percival formulerade sålunda riktlinjer och presenterade 1803 en bok i medicinsk etik (han var förmodligen den första att använda begreppet medicinsk etik) som skulle kunna vara till hjälp för en läkare då han stod inför nya sjukdomar, eller då den givna behandlingen inte fungerade, eller då det uppstod konflikter med kollegor eller patienter. Ett centralt tema i Percivals medicinska etik är medicinarens plikt att sätta patientens intresse i första rummet, före personlig och professionell status. Boken har haft stor betydelse även för senare generationer av läkare och låg till grund för de etiska riktlinjer (Code of Medical Ethics) som American Medical Association (AMA) presenterade vid sitt bildande år 1847.

Med Percival formuleras för första gången i modern tid även forskningsetiska riktlinjer eller rekommendationer. Han skrev exempelvis "When novelties in practice are introduced, be careful that they are conformable to reason and analogy; that no sacrifice be made to fanciful hypothesis. Or experimental curiosity; that the infliction of pain or suffering be, as much as possible avoided; and that the end in view fully warrant the means for its attainment." Att Percival även kan ha varit inspirerad av den tidiga utilitarismen enligt Bentham kommer till uttryck i följande passus: "For every improvement in healing art is a public good, beneficial to the poor as well as to the rich, and the former in a proportionably greater degree, as they are more numerous, and consequently more frequently to the objects of it."

LITTERATUR: Porter 1999, Rossel 1979, Star 1982.

Perfakta eller **fullkomliga plikter** är beteckningar som refererar till Kants deontologiska etik och som innebär att vi som människor har vissa absoluta och universellt gällande plikter att göra (påbud) eller avstå från att göra vissa saker gentemot varandra (förbud). Vi måste



exempelvis avstå från handlingar som mord, våldtäkt, incest, barnmisshandel etc., och detta gäller alla oberoende av plats, tid och rum samt kultur eller särskilda relationer. Likadana plikter anses ofta gälla för vissa grupper i kraft av deras speciella åtaganden, som exempelvis läkare, sjuksköterskor, soldater, lärare, föräldrar etc. I Kants etik ställs perfekta plikter mot imperfekta plikter, som innebär plikten att ha vissa ändamål, men som samtidigt ger en viss frihet i hur och när dessa ändamål ska eftersträvas. Kant ansåg att man hade en imperfekt plikt mot sig själv att sträva efter sin egen perfektion och en imperfekt plikt mot andra att hjälpa dem. Det innebär att man verkligen har en plikt att hjälpa andra och det är otillåtet att aldrig göra det, men man behöver inte göra det i varje situation och man har en viss frihet i att välja hur man ska göra det.

En liknande men åtskild distinktion är den mellan plikter och att göra mer än vad plikten kräver, s.k. "överloppshandlingar". (Engelskan har ordet "supererogatory acts", men det finns ingen riktigt bra svensk motsvarighet.) Det kan exempelvis handla om föräldrars plikt att göra mer än vad barnets rättigheter kräver – det s.k. curlingföräldrar gör för sina barn är antagligen exempel på sådana överloppshandlingar, om det inte är direkta björntjänster, då för mycket hjälp

kan göra en person oförmögen att själv möta utmaningar. Ett annat exempel på vad som skulle betraktas som överloppshandlingar är att kasta sig över en granat för att rädda andra. De flesta skulle betrakta en sådan handling som ädel och beundransvärd, men långt utöver det moralen kräver av oss. Enligt *utilitarismen* finns egentligen inga överloppshandlingar, eftersom man enligt denna moralsyn alltid ska handla på ett sätt som ger så bra konsekvenser som möjligt för alla inblandade. Det är en omdiskuterad fråga om detta är en avgörande invändning mot utilitarismen. Vissa hävdar det, eftersom den därmed skulle vara alltför krävande för vad man kan begära av en rimlig moral.

LITTERATUR: Nell 1975.

Perfektionism är inom moralfilosofin en värdeteori om vad som gör en persons liv bättre eller mer värdefullt i sig för personen själv. Med andra ord är det en teori om egenvärde eller, närmare bestämt, *personligt värde* eller *livskvalitet*. Det finns många versioner av perfektionism, men de har det gemensamt att de hävdar att vissa typer av självförverkligande, målpuffyllelse eller prestation är bra för en person alldeles oavsett vad denna person själv vill eller om hon blir lycklig av detta. Med andra ord är perfektionism ett värdeteoretiskt alternativ till önskeuppfyllelseteorin och hedonismen.

Vad förverkligandet, målpuffyllelsen eller prestationen ska bestå av råder det dock delade meningar om bland olika versioner av perfektionism. Vanliga förslag brukar innefatta en eller flera (nästan alltid flera) av följande förslag på vad som ska ingå i ett gott liv: vissa aktiviteter (som konstnärliga, intellektuella, politiska och moraliska aktiviteter och lekar), vissa relationer (som vänskapsrelationer, familjerelationer, kärleksrelationer och medborgarskapsrelationer), vissa förmågor (som fysiska, intellektuella, moraliska och *autonomi*) eller kontakt med verkligheten. Se vidare *autenticitet*.

Vilka saker som hamnar på listan över vad som ska ingå i ett gott liv avgörs olika av olika perfektionister, beroende på hur man definierar ett fullgott, idealt eller blomstrande liv. I



den perfektionistiska traditionen är det vanligt att försöka förklara vad som är ett idealt liv med hänvisning till någon idé om den inneboende naturen hos personen i fråga. Här kan man grovt skilja på två sätt att tänka. Det ena representeras av Aristoteles, enligt vilken den mänskliga naturen avgör vad som är ett fullgott (mänskligt) liv, nämligen kultivering av de typiskt mänskliga aktiviteterna, relationerna, förmågorna och anlagen. Framför allt rör det sig om att utveckla det inneboende mänskliga förnuftet, de vänskapliga relationerna och den politiska gemensamma aktiviteten. Den andra representeras av Karl Marx, enligt vilket målet är att utveckla sina egna anlag och inte i första hand dem som kommer av en eventuell gemensam mänsklig natur. Den sistnämnda versionen av perfektionism, att man ska utveckla sina egna inneboende talanger och anlag, är nog mer vanlig i dag än den aristoteliska, mer objektivistiska, versionen. Enligt den aristoteliska versionen finns det nämligen vissa människor som inte kan leva ett gott liv från början, eftersom de saknar, eller inte i tillräcklig grad har, de värderade förmågorna. Det gäller framför allt de människor som har förståndshandikapp eller annan funktionsnedsättning.

Enligt perfektionismen är det definitivt bättre att vara en olycklig Sokrates än en lycklig gris (se *Mill*). Det höga värderandet av den lidande konstnären eller tänkaren, liksom den lägre uppskattningen av det förnöjsamma vardagslivet, är inspirerat av perfektionismen. Det får bland annat därför följder för hur man ska se på vad som bör göras inom vården och i medicinsk forskning. För en hedonist är det rimligt att anta att en förståndshandikappad som lever ett skyddat och tryggt liv har det bättre än många av oss andra. Denna tankegång är förstas förstås mer främmande för någon som håller måluppfyllelse och prestation som ideal, särskilt om man är inne på en mer aristotelisk tankegång. En följd av perfektionismen är exempelvis att man i handikappomsorg och psykiatri bör satsa på att göra människor så självständiga som möjligt, medan en hedonist snarare skulle satsa på att öka välbefinnandet. Väldigt ansträngande terapier och träningsprogram för att ge små vinster i egen aktivitetsförmåga skulle ratas av hedonisten men bejakas av perfektionisten. Åtminstone för en perfektionist av aristoteliskt snitt är också djurförsök ett mindre problem än för en hedonist (se *Singer*). Kort sagt: Ska sjukvårdinsatser sikta på att göra människor tillfredsställda eller prestationsdugliga när dessa mål inte går hand i hand? De olika uppfattningarna om vad som är ett gott liv kommer att besvara frågan olika. Frågan är hur den ska besvaras inom medicinen.

Bland de som jobbar inom sjukvården finns ofta en strävan att i det professionella livet bli så perfektionistiska som möjligt. Detta är kanske inte primärt för sin egen skull, utan för den diagnostiska och behandlingsmässiga säkerheten för patienten, men en väl lyckad operation eller konsultation kan nog också skapa tillfredsställelse hos de aktuella behandlarna vilket förstas är helt legitimt. Frågan är emellertid om denna strävan efter perfektion kan ha negativa konsekvenser för synen på patienter som inte har samma förmåga eller som kanske bara fungerar suboptimalt i förhållande till sitt eget arbete och liv. Kan man i sitt strävande efter perfektion utveckla ett förakt för svaghet som kan på-

verka bemötandet av patienter, speciellt sådana som behöver sjukskrivas?

LITTERATUR: Aristotle 1991, Brülde 1998, Griffin 1986, Mill 1984, Tersman 2004, Tänn-sjö 1998.

Person eller persona betyder egentligen mask, en människas karaktär eller roll. En person beskrivs vanligen som en människas jag som då förutsätts vara medveten och även självmedveten om sin egen historia (biografi) och sin kropp (biologi). En person uppfattas också som en som genom sin egen utveckling och relationer till andra och omvärlden så småningom utvecklar en egen personlighet, som i sin tur kan karakteriseras genom sina hållningar, värderingar och karaktärsdrag. Vanligtvis karakteriseras en person också av sitt förnuft och sin fria vilja och därmed har hon också ett ansvar för sina handlingar. En sådan person har då också vissa (mänskliga) rättigheter. Detta personlighetsbegrepp kan kontrasteras med individer som inte besitter de beskrivna personliga egenskaperna, som exempelvis små barn, förståndshandikappade, senildementa patienter och vissa högtstående djur, exempelvis schimpanser. Dessa har en sorts mellanställning och man talar om kvasispersoner (kvasi = lite grann, halv). Se också chimärer och personlig identitet.

Personlig identitet gäller problemet om vad som gör någon till samma person över tid. Anta att du tittar på gamla kort av dig själv. Vad gör det sant när du säger "Det där är jag när jag var fem år gammal"? För att uttrycka det mer allmänt: Vad gör att en person finns kvar över tid? Eller man kan också formulera frågan på följande sätt: Vilka förändringar överlever vi? Vi förändras ju alla över tid, men tycker inte att varje förändring innebär att vi upphört att existera. Frågan är då vad som bevarar vår identitet över tid. Lagg noga märke till att det inte rör sig om kulturell eller social identitet, utan frågan om vad som gör mig till en och samma individ hela livet. Filosofer brukar tala om numerisk identitet och ställa frågan: Vad gör att vi är samma person trots att vi förändras?

Den som brukar få äran för att först ha uppmärksammat den personliga identitetens problem är 1600-talsfilosofen John Locke. Enligt Locke är det vårt medvetande och då framför allt medvetandets förmåga att minnas tidigare medvetandetilstånd som gör att vi är en och samma person över tid. Denna idé har utvecklats och försvaras i dag av exempelvis filosofen Derek Parfit, som menar att det är vår psykologiska kontinuitet som gör det berättigat att tala om personlig identitet över tid. Detta synsätt på den personliga identiteten kallas därför det psykologiska synsättet. En konkurrerande idé formulerades av Descartes, som hävdade att vi är identiska med en mental substans eller en själ, dock en substans som inte har någon utsträckning i rummet. Svårigheten att kunna identifiera en sådan substans utöver våra fysiska och psykiska egenskaper gör att denna idé har få anhängare i dag. En annan idé, som har en hel del anhängare i dag (bland annat bioetikern DeGrazia), är att vi i grunden är kroppsliga organismer tillhörande arten *Homo sapiens* och det är detta som gör oss till det vi är över tid. Denna idé kallas ofta för animalism.

Frågan om personlig identitet har betydelse för en rad medicin-etiska frågeställningar. Exempelvis är den relevant för frågan om *livstestamentens* giltighet. Normalt utgår man från att livstestamenten bör respekteras för att de innebär ett sätt för oss att kunna bestämma över oss själva när vi inte längre är *beslutskapabla*. Med andra ord verkar livstestamenten utgå från att den som skriver testamentet och den som berörs av det är samma individ. Som man snart inser beror det på vilken idé om personlig identitet som man utgår ifrån. Ta exempelvis en patient som lider av en grav demenssjukdom. Enligt animalismen rör det sig om samma individ, givet att det är samma biologiska organism, vilket ju är fallet. Det är dock inte alls säkert att det är samma individ om vi har ett psykologiskt kriterium på personlig identitet. En gravt dement person kan ha så lite minnen och annan form av psykologiska samband med sina "tidigare jag" att det inte är meningsfullt att säga att det är samma person. Så livstesta-

mentens giltighet verkar svårare att försvara enligt det psykologiska än enligt det animalistiska synsättet. Se också *självpaternalism*.

Däremot verkar det vara lättare att försvara *abort* utifrån det psykologiska synsättet än det animalistiska, eftersom den unika individen enligt det första synsättet inte existerar förrän den utvecklats så pass många psykologiska egenskaper att det kan finnas psykologiska samband över tid, exempelvis i form av minnen. Enligt den animalistiska idén, där den unika individen enbart är en biologisk organism, finns däremot den unika individen redan cirka tre veckor in i graviditeten, efter det att tvillingdelning är utslutet.

Eftersom de olika synsätten har olika uppfattningar om vad överlevnad innebär har de också olika synsätt på när döden inträder. Enligt det psykologiska synsättet sammanfaller döden med medvetandets permanenta upphörande och enligt det animalistiska med att organismen permanent upphör att fungera, dvs. när hjärtat slutat slå, man slutar andas osv. Med andra ord överensstämmer det traditionella dödsriteriet som utgår från hjärtats och andningens upphörande med animalismen, medan hjärndödsriteriet mer drar åt det psykologiska synsättet. Se också *dödsdefinitioner*.

För att fundera över vilket synsätt som är rimligt med avseende på personlig identitet tar man ofta till *tankeexperiment*, eftersom psykologisk kontinuitet och organism sällan går skilda vägar i praktiken. Tänk dig exempelvis att du genomgår en hjärntransplantation och din hjärna sätts in i en ny kropp varefter din gamla kropp förstörs. Om vi tänker oss att ditt medvetande "följer med" hjärnan, så har du enligt det psykologiska synsättet överlevt, men enligt det animalistiska synsättet dött eftersom organismen är förstörd. Detta menar många talar för det psykologiska synsättet. Om någon frågar dig om du skulle vilja behålla din kropp med en annan hjärna eller din hjärna i en annan kropp skulle gissningsvis de flesta välja det sistnämnda och se det förstnämnda som liktydigt med den egna döden. Samtidigt tycker många att det psykologiska synsättet får märkliga följ-

der för när vi börjar samt slutar existera, som resonemangen om livstestamenten och abort ovan visade.

Eller tänk dig att din läkare kommer och meddelar dig att du kommer att avlida om två månader, men sedan nästa dag kommer läkaren och meddelar att man tagit fel. Doktorn har både en god och en dålig nyhet. Den goda är att du kommer att överleva i två år (i stället för två månader), och den dåliga nyheten är att du redan efter två dagar och under de kommande två åren kommer att ligga i ett persisterande vegetativt tillstånd. Hur kommer du att reagera? Den animalistiska personligheten skulle antagligen bli glad och den psykologiska ledsen – eller?

LITTERATUR: DeGrazia 2005, Johansson 2005, Locke 1988, Parfit 1984.

Personligt värde refererar till sådant som har egenvärde för en person. Med andra ord handlar det om sådana värden som gör livet bättre för den som lever det. Det är värden som inte används som ett medel för att det leder till annat som är av värde, utan det är värden för sin egen skull. Vanliga svar på vad som gör ens liv värdefullt är "att fiska" eller "att måla tavlor". Denna typ av svar handlar dock i strikt mening om instrumentella värden och inte egenvärden. Skulle man inte alls bry sig om eller utvecklas av att fiska eller måla tavlor så kan dessa aktiviteter knappast göra ens liv bättre. Vad man är ute efter när man frågar om personligt värde är sådant värde som vilken person som helst får ett bättre liv av att inneha.

Det finns tre traditioner som ger olika svar på vad som är värdefullt för personer: lycka (se *hedonism*), önskeuppfyllelse (se *önskeuppfyllelseteorin*) och att leva ett fullt ut mänskligt liv, exempelvis genom att kultivera och utöva sina förmågor och talanger (se *perfektionism*). Personligt värde är egentligen en något missvisande term, eftersom exempelvis en hedonist kan hävda att individer kan ha värdefulla liv genom att ha förmågan att uppleva lust även om de inte är personer i någon mer kvalificerad mening, kanske exempelvis musslor (se *Bentham*).

Det vi är ute efter med termen är det egentliga värde som med rätta enbart kan tillskrivas individuella varelser och inte mer abstrakta enheter, som ekosystem eller fördelningar. När man hävdar att exempelvis ekologisk mångfald eller *jämlikhet* har egenvärde talar man därmed om opersonliga värden, alltså värden som inte kan tillskrivas en individ. Generellt kan man säga att opersonliga värden ofta uppfattas som mer spekulativa och mindre okontroversiella än personliga värden. Personliga värden utgör därmed nästan alltid grunden för värdebaseerade *normativa teorier*, som *konsekvensetiken* i allmänhet och *utilitarismen* i synnerhet, även om det finns undantag (se *Moore*).

Frågan om vad som har personligt värde är av yttersta relevans för vad som bör vara sjukvårdens mål, och vad man bör fokusera på i vårdens verksamhet. Detta eftersom dessa teorier ytterst anger vad vi bör sträva efter att förverkliga för individernas egen skull eller vad som ger *livskvalitet*. Om exempelvis önskeuppfyllelseteorin är riktig så blir *paternalism* inom sjukvården förmodligen mer svårdeförklarligt än om *hedonismen* är riktig (se *önskeuppfyllelseteorin*). Om hedonismen är mer rimlig blir det mindre viktigt att satsa på att utveckla personers förmågor och autonomi än om perfektionismen är mer rimlig. Personer med kromosomavvikelser som vid *Downs syndrom* är mer problematiska för en perfektionist (åtminstone i vissa versioner) än för en hedonist. Att dö med "öppna ögon", göra bokslut osv., som man ibland lägger vikt vid inom *hospicerörelsen* och *palliativ medicin*, kan ha egenvärde för en perfektionist av visst slag, men har det knappast för en anhängare av önskeuppfyllelseteorin (om det inte är just detta man önskar sig). Se också *perfektionism*.

LITTERATUR: Brülde 1998, Griffin 1986, Tännsjö 1998.

Perverterad forskning var ett uttryck som användes om den forskning som bedrevs i de nazistiska koncentrationslägren. Det har visat sig att forskningen var helt perverterad i etiskt avseende, eftersom försökspersonerna varken var informerade eller hade gett något samtycke

samt att de utsattes för stora risker och i många fall avled till följd av sitt deltagande. Man utgick från att denna forskning var perverterad i ansats, metodval och genomförande. Det har dock senare visat sig att forskningen metodologiskt och tekniskt sett ofta var väl planerad och väl genomförd och besvarandet av en rad frågeställningar var av värde för framför allt det tyska flygvapnet (Luftwaffe), dvs. genomförandet skedde i samarbete mellan representanter från bland annat flygvapnets forskningsavdelning och olika universitetsinstitutioner. En del av de s.k. höghöjdsexperimenten har visat sig ligga till grund för det amerikanska rymdforskningsprogrammet med bemannade rymdfarkoster. Se project paperclips och höghöjdsexperimenten samt dålig forskning.

Placebobehandling är en medicinskt eller farmakologiskt sett verkningslös behandling som i kliniska prövningar kan ges till de försökspersoner som enligt en slumpningsprincip allokeras till kontrollgruppen. Man talar också ibland om skenoperationer eller scheinmedikament beroende på vad det är man har för avsikt att imitera. Det kan vara tabletter, kapslar som innehåller kalk eller socker, det kan vara operativa ingrepp där man enbart gör ett snitt i huden i stället för ett omfattande invasivt ingrepp, etc. Poängen är att placebobehandlingen inte ska ha någon annan effekt än en placeboeffekt och att man kan kontrollera denna.

Placebo betyder "jag kommer att glädja eller behaga" och har haft betydelser utanför det medicinska området. Exempelvis har placebo varit ett uttryck för de tårar och den gråt som en professionell gråterska kunde frambringa. I medicinskt sammanhang dyker det upp i slutet av 1800-talet och förknippas då med *kvacksalveri*, i de fall där läkaren var mer intresserad av att behaga patienten än att egentligen ge en effektiv behandling. Inom området medicinska mirakler som åstadkommits av exempelvis Jesus eller senare av kungar under 1700-talet kan man också tolka denna speciella typ av handpåläggning (Royal Touch) som placebo-behandling. Det är först med den kontrollerade

kliniska undersökningsmetoden, som kom på 1950-talet, som placebobehandling har fått den ovannämnda innebörden. Se *placeboeffekten* och *placebokontrollerad*.

LITTERATUR: Bloch 1973, SOU 1989:63.

Placeboeffekten är den effekt som uppkommer i samband med att man ger en patient eller en grupp av patienter placebobehandling. Placeboeffekten är en psykologisk positiv förväntanseffekt som inte till fullo kan förklaras, men som tycks ha att göra med betingade reflexer och neuropeptider av typen endorfiner. Placeboeffekt räknas ofta i procent och är då uttryck för att si och så många i en undersökning blir bättre efter att ha fått placebobehandling i jämförelse med dem som fått den hypotetiskt verksamma behandlingen. Man ser ibland även en motsatt effekt som kommer av en negativ förväntan, en s.k. noceboeffekt.

Det finns en rad faktorer som kan ha betydelse för placeboeffektens storlek, som kan variera från noll upp till 90 procent. Det rör sig om följande faktorer: 1) patienten, 2) behandlaren, 3) sjukdomens karaktär och 4) behandlingens karaktär. I korthet visar det sig att patienter som har stort förtroende för sjukvården, samhället och sina medmänniskor i stort, presterar högre placeboeffekt än människor/patienter som inte har ett sådant förtroende. Den tillit och det förtroende som exempelvis den enskilda läkaren lyckas skapa hos patienten i en läkar-patientrelation har sålunda stor betydelse för placeboeffektens storlek. På samma sätt som en läkare kan skapa eller öka ett förtroende genom exempelvis en patientcentrerad metod, kan en läkare också genom (omedvetna) kränkningar minska förtroendet och i stället för placeboeffekt skapa noceboeffekt. Det har också visat sig att ju mer livshotande eller smärtfylld en sjukdom är desto högre är placeboeffekten.

Kärlkramp i hjärtats kranskärl (angina pectoris) brukar patienter känna mer påtagligt vintertid på grund av kylan, som också kan få kärlen att dra ihop sig. En klassisk situation då kärlkramp utlöses är vid snöskottning. Det har visat sig att placeboeffekten vid test med kärll-

vidgande medicin (nitroglycerinpreparat) är betydligt högre vintertid än sommartid – *ceteris paribus*. Läkemedelsindustrin är medveten om detta och önskar inte rekrytera fler försökspersoner än vad studiens uppläggning fordrar. När placeboeffekten är hög och i syfte att inte begå *typ 2-fel* så behöver man fler försökspersoner – *ceteris paribus*. Därför genomförs denna typ av studier sommartid.

Behandlingens karaktär är också av betydelse för placeboeffektens storlek. Det har exempelvis visat sig att stora röda kapslar ger anledning till större placeboeffekt än små vita piller – *ceteris paribus*. Stora operativa ingrepp (där patienten själv önskar behandlingen) tycks ge anledning till högre placeboeffekt jämfört med situationer där patienten inte alls berörs fysiskt. Placeboeffekten är dock också starkt beroende av det kulturella sammanhanget och exempelvis har det visat sig att blå piller till män och kvinnor i Italien kan ge helt olika associationer. Viagra-pillret är exempelvis blått och associeras av italienska män med kraft och styrka liksom landslaget i fotboll, Azzurri som också refererar till azurblått. För italienska kvinnor är blått förknippat med jungfru Maria och hennes ljusblåa klädnad i vilken hon oftast avbildas. Detta signalerar omsorg och skydd. Placeboeffekten kan visualiseras och lokaliseras till specifika aktivitetsområden i hjärnan med moderna avbildningstekniker som exempelvis fMRT. Förekomst av placeboeffekt är anledningen till att man gärna vill göra en randomiserad studie *placebokontrollerad*.

LITTERATUR: Enck et al. 2008, Petrovic 2008, SOU 1989:63.

Placebokontrollerad sägs en undersökning vara om man har jämfört en hypotetiskt aktiv behandling med placebobehandling och varken patienten eller läkaren vet vilken medicin som getts (dubbelblindad). Man kan då sedan dra effekten som man uppnått i den grupp (kontrollgruppen) som enbart fått placebobehandling, placeboeffekten, ifrån effekten i den grupp som fått den hypotetiskt verksamma behandlingen, totaleffekten. Om totaleffekten skiljer

sig signifikant från placeboeffekten så kan man beroende på kraven om skillnadens storlek, förkasta sin nollhypotes och få induktivt stöd för sin forskningshypotes om att den hypotetiskt verksamma behandlingen är effektiv. Se vidare placebobehandling, placeboeffekt och randomisering.

Anledningen till att man började införa placebokontrollerade studier var att anestesiloger under andra världskriget hade observerat att uppskattningsvis en tredjedel av soldater med svåra skador mot förmodan inte krävde smärtlindring samtidigt som andra med lika stora skador krävde kraftig smärtlindring. Med tanke på placeboeffektens storlek och det faktum att den kan imitera vilken behandlingseffekt som helst är det angeläget att vid exempelvis läkemedelsprövningar få placeboeffekten under kontroll. Och det är just det man kan uppnå om man kan genomföra en studie på så sätt att varken patienten eller läkaren vet vilken behandling patienten får. Se *Beecher*.

Placebokontrollerade studier kan dock också vara kontroversiella om det redan finns en effektiv behandling som man i stället kan jämföra med. Om man exempelvis har en effektiv förebyggande behandling mot återfall i psykosjukdom, men vill testa ett nytt lovande medel, så är det attraktivt för ett läkemedelsbolag att genomföra en sådan studie som en placebokontrollerad studie. Det behövs färre försökspersoner, en effekt kommer att framstå tydligare och framför allt blir det möjligt att få läkemedlet godkänt av amerikanska Food and Drug Administrationen (FDA). FDA kräver nämligen, helt emot Helsingforsdeklarationen, att man så långt det går genomför randomiserade kliniska prövningar som placebokontrollerade. Man hänvisar bland annat till metodologiska skäl som att ingen population är en annan lik etc. Att genomföra en sådan studie placebokontrollerad innebär då att man sätter ut den psykospreventiva behandlingen och efter en slumpningsprincip ger experimentgruppen den nya behandlingen och kontrollgruppen placebobehandling. Om den behandlingen som gavs innan var effektiv så kan envar inse att det är

synnerligen oetiskt att sätta ut aktiv behandling och ge placebo.

LITTERATUR: <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>

Plagiat och plagiering är när man utan att ange källa kopierar kortare eller längre texter, bilder eller andra företeelser. Plagiering förekommer både inom forskning och inom konst, utbildning och andra områden som exempelvis kopiering av läkemedel när ett patent fortfarande gäller.

Inom skolan och universiteten kan plagiering av texter från nätet ibland förekomma och man har därför utvecklat speciella program med vilka man mycket enkelt kan kontrollera om inlämnade textstycken är identiska med texter på nätet. Vanligtvis informerar man en kurs eller klass om att man alltid kontrollerar med sådana program i samband med att inlämningsuppgifter ges och på så sätt kan man förebygga eventuella frestelser att plagiera. Det finns också exempel på att kortare eller längre stycken av texter har förekommit i avhandlingsarbeten utan att ursprungsförfattaren har nämnts. I Sverige har det till och med förekommit att denna typ av plagiering har lett till att



en betygsnämnd har återsammankallats och underkänt en tidigare godkänd avhandling. Se i övrigt *forskningsfusk*.

Inom konsten, speciellt bildkonsten, kan det ibland vara svårt att avgöra vad som är original och vad som är en bra kopia, och ibland kan ett originalverk parafrastras eller parodieras utan att det uppfattas som plagiat. Det finns flera olika tekniska metoder för att komma förfalskare på spåren (se *Freudian slip of the tongue* och diskussionen av *ledtrådsparadigmet*). Ett område som är speciellt problematiskt är plagieringen av sedlar, och man har därför försökt att trycka sedlar på ett sätt som gör det svårt att kopiera dem.

Inom vissa religioner talar man också om falska profeter eller falska lärare, men man får sparsamt med anvisningar om hur man kan avslöja dessa annat än att de enligt Paulus kan förbjuda äktenskap och viss mat som Gud har skapat (Paulus första brev till Timoteus 4:3–4).

Platon (ca 428–348 f.v.t.) var en av antikens främsta filosofer och lärjunge till Sokrates. Platons insatser består dels av att han gav en redovisning av Sokrates filosofi, dels en framställning av en helt egen filosofi om verkligheten som haft stor betydelse för efterföljande filosofer. För Platon är det idévärlden (tankens och tankeexperimentets värld) som är den som vi ska basera vår kunskap på, inte den empiriska verkligheten, dvs. fenomenen såsom vi kan iakta dessa. Sinnevärlden är enligt Platon kaotisk och en helt opålitlig kunskapskälla och enbart genom kontakt med idévärlden kan vi uppnå giltig kunskap. Matematiken blev sålunda den ideala vetenskapen eftersom man här kan dra slutsatser helt oberoende av erfarenheternas värld.

Platon utvecklar sin dygdetik mot bakgrund av Sokrates fyra grundläggande frågor: 1) Vad är det som kvalificerar en mänsklig egenskap som en dygd? 2) Hur är kunskapen om dygderna relaterade till den dygdiga människan? 3) Finns det flera aspekter hos en och samma dygd eller är de sammanknippade på annat sätt? 4) Hur tillämpas dygderna för att uppnå

det mänskliga goda? Platon ansåg att det fanns fyra moraliska dygder som var viktiga aspekter av människans egenskaper. Till egenskapen begär svarade dygden måttlighet, egenskapen vilja motsvarades av dygden mod, egenskapen förnuft motsvarades av dygden vishet medan dygden rättrådighet motsvarade hela själens dygd. Rättrådigheten är det som skapar den inre harmonin mellan själens olika områden så att man på detta sätt undviker kaos eller disharmoni. Att handla rätt (den goda gärningen) är alltså ett sätt att med dygderna måttlighet, mod, vishet och rättrådighet uppnå en inre harmoni och handla i enlighet med dessa dygder.

För Platon var det uppenbart att det finns eviga och objektiva moraliska sanningar som är oberoende av kultur och subjektiva intressen. Detta hänger samman med hans världsbild och etiken i form av dygder finns också i idévärlden. Platon anser att orättrådighet, girighet, laster eller egenskaper och benägenheter som man inte lyckats tygla med dygderna, är en sorts moraliska anomalier som man åtminstone måste hålla isär från den ideala världen. Både Platon och Aristoteles var påverkade av och tog utgångspunkt i Sokrates etik, men resonerade och kom fram till helt olika slutsatser. Se *Sokrates* och *Aristoteles*.

LITTERATUR: Andersen 1993, Marc-Wogau 1970.

Pliktetik är en normativ, etisk teori där handlingens karaktär avgör handlingens moraliska status/kvalitet. Konsekvenserna av handlingen har ingen relevans, inte heller hur aktören känner eller är benägen att handla. Man brukar gärna kontrastera pliktetik med konsekvensetik, men på sätt och vis kan man också tala om att konsekvensetikern medger plikter. Enligt utilitarismen bör man handla så att konsekvenserna av ens handlingar blir så bra som möjligt och finns det i en situation endast ett alternativ som har bättre konsekvenser än alla andra alternativ, så har man enligt utilitarismen en plikt att utföra denna handling. För Kant kontrasteras plikter mot benägenhet. Om man har en benägenhet att hjälpa andra

och gör det därför snarare än för att man inser att det är ens plikt, så handlar man visserligen pliktenligt men handlingen har inget moraliskt värde, dvs. är inte uttryck för en god eller beundransvärd vilja. Se vidare deontologisk etik och Kants etik.

Pliktkollision är ett uttryck för det som kan hända när två olika plikter står mot varandra och där det inte är klart vilken som ska övertrumfa den andra. Det kan exempelvis röra sig om plikten att tala sanning (och visa respekt för personens autonomi) och plikten att inte skada. Om man exempelvis har en patient som man tror kan fara illa av att höra sanningen om sin diagnos och prognos, så kan plikten att inte skada denna patient övertrumfa plikten att visa respekt för personens autonomi. Om man tror att efterföljandet av plikter är absolut och undantagslöst och inte medger prima facie-plikter, så kan det vara svårt att lösa en sådan plikt-kollision. Är det frågan om absoluta plikter som ställs mot varandra, så att man oberoende av vilken handling man väljer, kommer att bryta mot den ena av de två konkurrerande plikterna, så talar man om ett etiskt dilemma.

Pluralism inom vetenskapen betyder vanligen att man respekterar att man använder flera olika metoder (metodpluralism) eller att man accepterar att det existerar flera olika konkurrerande vetenskapliga paradig. Pluralism kan också användas i andra sammanhang, exempelvis politisk och religiös pluralism, och kan då förstås i kontrast till fundamentalism som innebär en avsaknad av tolerans mot olikänkande och individer som har en annan religion eller politisk åsikt klassificeras som hedningar, dissidenter eller förrädare. Man kan också tala om pluralism inom etiken och det skulle exempelvis kunna innebära att man accepterar existensen av flera olika etiska system och traditioner som exempelvis konsekvensetik, pliktetik och dygdetik.

Pluripotent refererar till den grad med vilken stamceller har förmåga att utvecklas till vissa typer av vävnader eller cellinjer. Man skiljer vanligen mellan 1) totipotenta stamceller som har förmågan att utvecklas till alla typer av vävnader och som även kan användas för att vid kloning (kärnöverföring) skapa en helt ny organism, 2) pluripotenta stamceller som kan utvecklas till vissa typer av vävnader och cellinjer men inte användas till kloning samt 3) multipotenta stamceller som bara kan utvecklas till en bestämd typ av vävnad eller cellinje.

Potentialen att utvecklas hos en stamcell beror på varifrån cellen kommer. Stamceller från ett embryo är *totipotenta* medan stamceller från navelsträngsblod eller från en vuxen donator (adult stamceller) vanligen är multipotenta och i vissa fall pluripotenta (navelsträngsblod). Den senaste tidens stamcellsforskning har, sannolikt tack vare den amerikanska presidenten George W Bushs förbud att använda embryonala stamceller, lyckats att omprogrammera specialiserade celler (exempelvis hudceller) till stamceller. Man kan alltså i dag med viss teknik få specialiserade celler att ”backa” och inducera totipotenta stamceller. Se vidare *stamcellsforskning*.

Plutoniumexperimenten refererar till de försök med människor som ägde rum 1944 i USA. Det var dock inte enbart plutonium som var av intresse även om de s.k. strålningsexperimenten (under perioden 1944–1974) började med studier om de medicinska effekterna av plutonium. Se vidare strålningsexperimenten.

Politiska ideologier finns det en uppsjö av, men traditionellt har man sedan 1800-talet räknat med tre huvudsakliga: liberala, konservativa eller socialistiska ideologier. Den liberala ideologin tog sin utgångspunkt i protester mot kungens och adelns privilegier samt statens starka ställning. Enligt John Locke (1632–1704), en av liberalismens fäder, innebär jämlikhet att alla individer i naturtillståndet (innan statens etablering) är både fria och har lika rättigheter att utveckla sina förmågor och

talanger. En rättmätig stat respekterar också dessa fri- och rättigheter. Friheten gäller både som frihet från statsmaktens inblandning och frihet till att sköta sina egna affärer och att själv fatta beslut, åtminstone så länge man inte kränker andras motsvarande rättigheter, exempelvis till liv och ägande. Statens huvudroll är bland annat att säkra jämlikhet inför lagen och att rättigheterna upprätthålls samt att brott mot dem kompenseras eller beivras. Hos Locke finns det vidare en grundläggande tro på att människan är god och den egoism som han tillskriver människan är baserad på en självöverlevnadsdrift som skapar förutsättningar för att människor ska få ett bra liv sinsemellan. Egoismen är därför enligt Locke inte destruktiv. När man betonar den enskildes rätt till att fritt utveckla sina förmågor anser Locke och även Bentham och Mandeville att det på sikt skapar ett mycket bättre samhälle för alla även om det i vissa fall kan leda till att de som är mycket dugliga i vissa avseenden kan få det betydligt bättre än andra både materiellt och socialt (se meritokrati). Grundidén är att alla som utgångspunkt ska ha lika villkor och sedan får envar bli sin egen lyckas smed.

I modern tid har liberalismen utvecklats i två huvudinriktningar. Den ena kallas ibland nyliberalism eller libertarianism och har försvartats av *Nozick* inom ramen för hans version av *rättighetsetik*. Enligt denna bör exempelvis fri organhandel, abort och dödshjälp tillåtas, men skatter för att finansiera en offentlig vård som fördelas efter behov anses vara ett orättmätigt övertagande av andras egendom. Den andra inriktningen kallas ibland socialliberalism och innebär att man accepterar att staten griper in och förebygger olika former av social och materiell ojämlikhet (se *Mill* och *Rawls*). Båda dessa traditioner har dock det gemensamt att man betonar att staten inte ska ha någon uppfattning om vad som är ett gott liv för individen.

Konservatismen kan karaktäriseras på många sätt, men en grundidé är enligt Edmund Burke (1729–1797) att man inte ska förändra samhället för fort eller för mycket på en gång. Ett fungerande status quo är att föredra framför en

osäker förändring, även om avsikten är att ersätta status quo med något som är ännu bättre. Eftersom vi inte kan kontrollera reformers, och än mindre revolutioners, effekter är det bättre att inte ”rucka båten” för mycket – annars kan vi alla drunkna. Konservatismen vilar alltså på en skepsis gentemot människors förmåga att kontrollera sin omgivning. Traditionell konservatism brukar också försvara ett samhällssystem som bevarar en betydande grad av sociala olikheter, och menar att dessa är sunda eftersom det finns skillnader mellan människor. Alla behövs på var sin plats med lämplig (men olika) belöning. Burke använder en organism som metafor för beskrivningen av samhället och dess funktioner: En organism har ett huvud, flera ben och olika organ, alla med sina välfungerande funktioner. Det går förstås inte om fötterna plötsligt vill vara huvud eller huvudet vill vara en lilltå. Denna tanke kommer tydligt fram i Ludvig Holbergs pjäs om Jeppe på berget. Jeppe ska förbli på sin post som bonde och baronen ska fortsätta att vara baron och ledare för sitt område, annars går allting åt skogen (enligt Holberg). Den konservativa idén innebär då att alla andra organ och lemmar måste se till att huvudet och hjärnan skyddas och är i optimalt skick – de måste få åka första klass och ha hög lön och goda levnadsvillkor – alla andra medlemmar i samhället är ju beroende av att just huvudet/ledningen är välfungerande och i sin tur kan tillvarata de perifera organens och extremiteternas intressen. Idén om jämlikhet kommer dock också fram i konservatismen men då i formuleringen att lika ska behandlas lika, vänster lilltå ska behandlas lika bra som höger etc. Se också *metaforer och gräddfil*.

Enligt den traditionella socialistiska ideologin (det finns förstås även här många varianter) är målet med politiken det klasslösa samhället och medlet det samhälleliga övertagandet av produktionsmedlen. Mycket modern socialism trycker på värdet av jämlikhet, att alla bör behandlas lika även vad gäller fördelningen av materiella och sociala värden; alla ska ha möjlighet till en människovärdig tillvaro (ha bostad, kläder, mat, fritid med möjlighet att ut-

veckla sig som människa) och inte enbart jobba (som slavar) och bli utslitna i förtid. Grundidén är att människor från början inte är lika, genetiskt eller socialt, men att likhet och jämlikhet är skilda saker. De som är dugliga och kapabla bör vara solidariska med dem som inte är så dugliga eller inte klarar av att ta hand om sig själva. Den grundläggande moraliska idén sammanfattas därför ofta i slagordet: ”Till var och en efter behov, från var och en efter förmåga.” För att uppnå detta ideal kan statliga interventioner krävas, enligt socialistiskt tänkande.

När det gäller *prioriteringar* inom det medicinska området har det speciellt funnits en diskussion om jämlikhet med eller utan solidaritet. Jämlikhet utan solidaritet kan innebära att alla själva får betala för sjukvården eller att alla från början får precis lika mycket att betala sjukvårdsutgifter med. Vissa kommer då aldrig att använda sina medel och kan använda dem till annat medan andra redan efter några år kommer att ha använt sin del och måste då bli utan sjukvård, med den förutsedda konsekvensen att de kommer att dö i förtid. *Solidaritetsprincipen* brukar förstås som att man via det offentliga bidrar efter förmåga via skattsedeln och fördelar efter medicinskt behov. I den svenska diskussionen om prioriteringar inom sjukvården har man fastnat för denna princip, bland annat därför att alla människor med avseende på hälsa inte är lika från början, vissa föds med kronisk sjukdom eller handikapp, andra föds friska och förblir i stort sett så livet ut. Solidaritetsprincipen som sådan kommer tydligast till uttryck i den socialistiska traditionen, men har även försvartats utifrån socialliberala utgångspunkter (se *Daniels* och *Rawls*). Det finns inte heller någon direkt motsägelse mellan konservatismen och solidaritetsprincipen, åtminstone inte om solidaritetsprincipen redan är en etablerad och fungerande norm inom sjukvårdssystemet. Den enda ideologiska inriktning som står i direkt konflikt till solidaritetsprincipen som en fördelning av vård är den ovan nämnda libertarianismen. Se också *distributiv rättvisa*.

Diskussionen kring jämlikhet illustrerar hur politiska ideologier ibland har betydelse för hur

etiska frågor besvaras och visar därmed att etik och politik i vissa sammanhang kan uppfattas som kommunicerande kärn på samma sätt som juridik, psykologi och ekonomi utan att man därmed kan reducera politiska, juridiska, psykologiska eller ekonomiska frågor till etiska eller vice versa. Se också *etik och politik*.

LITTERATUR: Kymlicka 1990, Larsson 1997, Ström 1975.

Positiva rättigheter refererar inom sjukvården till patientens rätt att kräva en viss utredning eller behandling. Vanligtvis måste dessa rättigheter balanseras mot det medicinska behovet, läkarens professionella autonomi (knuten till vetenskap och beprövad erfarenhet) och eventuella prioriteringar inom sjukvården. Det finns ett par områden där de positiva rättigheterna är lagreglerade: abort och sterilisering samt i viss mån information om sitt hälsotillstånd. Men det finns också andra områden där positiva rättigheter kan göra sig gällande politiskt, exempelvis i satsningen på en vårdgaranti och liknande. Generellt sett är positiva rättigheter sådana rättigheter som motsvaras av andras förpliktelser att göra något för rättighetsinnehavaren, i motsats till negativa rättigheter, som motsvaras av andras förpliktelser att avstå från att göra saker.

Positivistiska uppfattningar av vetenskapen kan spåras tillbaka till Francis Bacon (1561–1626) som också sägs vara den vetenskapliga revolutionens filosof och senare Auguste Comte (1798–1857). Deras insatser ledde fram till den moderna formen av logisk positivism eller empirism som vi känner igen från början och mitten av 1900-talet.

Francis Bacon är den som först formulerar en filosofi som rehabiliterar observation, experiment och sinnesdata och sålunda erfarenhet som kunskapskälla. Han varnar dock för olika fallgropar i samband med observation (se *Bacons idoler*). Det är emellertid den franska sociologen Auguste Comte som myntar uttrycket positivism. Vetenskapen kan enligt Auguste Comte indelas i tre stadier 1) det teologiska

stadiet, 2) det metafysiska stadiet och 3) det positiva stadiet. Comte ger sedan ”positiv” innebörden att vara: a) åtkomlig för förnuftet, dvs. verkligt i stället för inbillat (fiktivt), och forskning ska handla om det som existerar, b) nyttigt, dvs. forskningen ska förbättra villkoren för alla, inte bara tillfredsställa sin egen nyfikenhet, c) visshet, dvs. man ska välja det säkra framför det osäkra och avstå från teologins och metafysikens ändlösa diskussioner, d) det precisa framför det vaga och slutligen e) konstruktiv i stället för negativ och destruktiv.

Man ska komma ihåg att det är vid denna tid upplysningsfilosofin blommar och vetenskapsakademierna växer fram, som konkurrenter till universitetet som då blivit konservativa och en sorts kunskapsmuseer.

Den logiska positivismen har flera olika källor och representanter som betonar olika aspekter. Man kan möjligen lyfta fram några gemensamma nämnare, ambitioner eller programförklaringar:

- 1) Utsagor om verkligheten ska reduceras till (teorifritt) observationsspråk.
- 2) Utsagor ska vara empiriskt verifierbara i kontrast till språkligt meningslösa/metafysiska.
- 3) Fasta kriterier för vad som är vetenskap och vad som inte är vetenskap. Det är viktigt att hålla rågången fri mellan vetenskap och pseudovetenskap, mellan god vetenskap och fusk, mellan vetenskap och ideologi, mellan sant och falskt. Det som ska stödjas/finnas inom universitets murar ska finnas inom de förstnämnda kategorierna.
- 4) Enhetsvetenskap med fokus på metodologi och *induktion* samt den *hypotetisk-deduktiva metoden*.
- 5) Fokus på korrelationer (*fenomenalism*) i kontrast till begrepp som naturkrafter och underliggande verkningsmekanismer.
- 6) Värdenneutralitet, vilket innebär att forskaren ska frigöra sig från auktoriteter/idoler, ideologier, fördomar och värderingar. Detta har haft betydelse för frigörelsen av vetenskapen från kyrkan och politiken.

Om man jämför den klassiska positivismen med den logiska kan man lyfta fram följande skillnader:

Klassisk positivism	Logisk positivism
metodpluralitet	enhetsvetenskap
flera språk	observationsspråk
empiri	empirism
reduktion	reduktionism
nyttighet	värdenneutralitet

Positivismen har filosofiskt sina rötter i David Humes teorier, som är den första som känt och tydligt problematiserat förhållandet mellan å ena sidan det beskrivandet – att någonting ÄR på ett visst sätt (fakta), och å andra sidan det föreskrivande – att man BÖR göra si eller så. Man kan beskriva en patients bröstsmärtor och finna fakta som talar för att patienten har en hjärtinfarkt, men från beskrivandet av patientens tillstånd till att man då bör handla på ett visst sätt (hjälpa patienten) finns enligt Hume inget logiskt eller kunskapsteoretiskt samband, utan vi måste lägga till värdepremissen att man som exempelvis läkare eller sjuksköterska alltid bör hjälpa en patient i medicinsk nöd. Se vidare det *naturalistiska felslutet* och *värdenneutralitet*.

Positivismen har varit en inflytelserik vetenskapsteoretisk uppfattning av vetenskapen och har historiskt haft en viktig funktion i arbetet med att i perioder frigöra vetenskapen från kyrkans eller politikens grepp. Det är exempelvis inte en tillfällighet att de flesta av de logiska positivisterna var antinazister. I dagens vetenskapsvärld förefaller få vetenskapsgrenar vara påverkade av positivismen, med undantag av *homeopatin* och *behaviorismen*. Däremot har positivismen gett upphov till utvecklingen av en rad andra mot positivismen kritiska vetenskapsteoretiska riktningar, exempelvis Karl Poppers kritiska rationalism och Thomas Kuhns paradigmbegrepp. Se också *vetenskapliga paradigmet*.

LITTERATUR: Föllesdal et al. 2001, Hume 1978, Johansson et al. 2008.

Positiv eugenik eller rasbiologi innebär att man försöker ge individer som inte lider av några ärftliga sjukdomar eller vissa dispositioner för detta, speciellt gynnsamma villkor, premier och uppmaningar om att föröka sig, dvs. att skaffa barn. Positiv eugenik kan också bestå i att samhället uppmuntrar föräldrar med vissa egenskaper med sådana gynnsamma villkor. Motsatsen är negativ eugenik som kan innebära att man förordar abort eller sterilisering för personer som anses ha disposition för eller lider av ärftlig sjukdom eller har någon annan ärftlig egenskap man vill undvika.

Positiv och negativ eugenik var speciellt utbredd under 1930- och 1940-talen då många sjukdomar motarbetades på detta sätt, även sådana där risken för att överföra ärftliga sjukdomar var liten eller obefintlig. Man antog att man härigenom kunde hindra en kris i befolkningsfrågan där friska individer fick få barn och personer med ärftliga sjukdomar fick många barn – ett antagande som dock mer byggde på förhoppning och tro än vetande. Begreppen negativ och positiv eugenik liksom själva begreppet eugenik har liten plats i den moderna diskussionen om människans reproduktiva hälsa. Exempelvis barnbidraget tillfaller alla föräldrar oavsett om barnet är behäftat med sjukdom eller inte. Se också *tvångsterilisering*.

LITTERATUR: Lynöe 2000.

Postmodernistisk etik kan vi hitta gamla besläktade rötter till, exempelvis i förnekandet av att det går att argumentera rationellt och i förnekandet av möjligheten till sammanhängande och konsistenta normativa etiska system. Etiken menar att det enbart är de små osammanhängande berättelserna, fragmenten, situationerna som gäller. Argumentation är enbart en lek eller en symbolisk form av terriorverksamhet.

I det moderna projektet fanns ett antagande om sammanhängande och stora berättelser/teorier, som exempelvis den darwinistiska utvecklingsläran, den freudianska människouppfattningen, de stora filosofiska systemen som formulerades av upplysningsfilosoferna Kant,

Bentham och Mill. Enligt den postmodernistiska uppfattningen är världen eller åtminstone bilden av den fragmenterad och det finns enbart enskilda individer som antingen kan uppfattas som moraliska vänner eller moraliska fiender. Här finns inga kanoniserade principer som kan lösa eller kringgå etiska problem och dilemman. Postmodernisterna själva skulle värja sig mot att tillskrivas några teser, men vill man sammanfatta dess credo kan man sammanfatta det i tre sådana: 1) Människans död: Det finns ingen gemensam mänsklig natur eller ett enhetligt underliggande subjekt. 2) Historiens död: Det finns ingen röd tråd eller given utveckling i historien. Det går inte framåt i någon enkel mening, utan det finns olika tider med sinsemellan olika och ojämförbara måttstockar om vad som är framsteg och inte (jämför Kuhns syn på *paradigm* inom vetenskapen). 3) Metafysikens död: Det finns ingen underliggande beständig verklighet som kan fångas med eviga principer, eller åtminstone inte några som är tillgängliga för ett neutralt mänskligt förnuft. Postmodernismen fungerar ibland som en ögonöppnare för maktanspråk som döljs bakom förmenta anspråk på universell giltighet, men som generell teori är den alltmer ifrågasatt. Det är möjligt att hitta vissa likheter mellan postmodernistisk etik och både *cynismen* och den radikala formen av *emotivism*. Se också *relativism*.

En av de mest namnkunniga representanterna för postmodernismen är den franske filosofen Michel Foucault. Han skrev bland annat om den historiska utvecklingen av synen på psykisk sjukdom i Vansinnets historia. Enligt Foucault innebar de mer systematiska försöken att klassificera och bestämma psykisk sjukdom på 1700- och 1800-talen inte i första hand att man utvecklar en värdenneutral vetenskap som fångar en oberoende sjukdomsverklighet. I stället är sjukdomskategorierna sociala konstruktioner som fyller funktionen att normalisera och disciplinera människor genom att internera ett synsätt. Vi lär oss via den officiellt vetenskapligt sanktionerade sjukdomssynen att se vissa beteenden som sjuka och därmed värda att undvika. Med andra ord beskriver Foucault

en slags social konstruktivism med avseende på sjukdom.

LITTERATUR: Bauman 1996, Foucault 1986.

Potentialitetsargumentet används ofta i samband med diskussionen om ett befruktat äggs moraliska status och refererar då till att ett befruktat ägg potentiellt eller hypotetiskt så småningom skulle kunna bli ett fullgånget barn och en fullvuxen person med full autonomi och integritet som bör respekteras. Potentialitetsargumentet går ut på att eftersom det befruktade ägget potentiellt skulle kunna bli en fullvuxen person med moralisk status så bör även det befruktade ägget ha samma status och behandlas med samma respekt som en person med intressen, önskingar och värderingar. Man talar också ibland om ett barn i vardande.

Potentialitetsargumentet har dock vissa inbyggda problem om vi ser på analogin till frågan om vår dödlighet. För det första är ett obefruktat ägg eller spermie potentiellt en människa också, men ingen skulle anse att dessa har samma moraliska status som oss. För det andra kommer alla människor förr eller senare att dö, vi är alltså potentiellt dödliga. Men vi behandlar av den anledningen inte varandra som om vi redan var avlidna, dvs. vi ger inte varandra moralisk status som en avliden och anser inte heller att vi borde göra det. Om analogin mellan det att som befruktat ägg vara en potentiell självständig varelse och att som människa vara dödlig håller, så finns det alltså inte skäl att använda potentialitetsargumentet för att ge ett befruktat ägg moralisk status. Vi kan ha andra skäl för detta eller anse att ett befruktat ägg har visst skyddsvärde, men potentialitetsargumentet tycks inte hålla. Se också *analogiresonemang*.

Pragmatism i medicinsk-etiska sammanhang innebär att man försöker lösa etiska problem genom förhandling och konsensus och därmed uppnå en lösning som kan motstå eller överleva etisk granskning både med avseende på beslut (slutsats) och beslutsprocess som tillämpning i praktiken. Mer systematiskt går man fram

enligt följande stegvisa förfarande: 1) Man undersöker och bestämmer a) fakta i målet, b) redovisar aktörer, intressen och vem som berörs, man c) kommer överens om och formulerar de etiska problemen/t och man undersöker vilka etiska principer som är relevanta att beakta. 2) Man diskuterar här efter a) vilka handlingsmöjligheter som finns för de olika aktörerna, b) man väger de olika handlingsalternativen mot de olika relevanta etiska principerna och man c) uppsätter ett mål för lösningen av det etiska problemet. 3) Man förhandlar här efter och försöker att uppnå enighet om en gemensam lösning som kan accepteras av alla inblandade aktörer. 4) Man motiverar sedan sina beslut och redovisar öppet skälen till besluten och beslutsunderlaget. 5) Efter det att man har tillämpat eller verkställt sina beslut, försöker man utvärdera resultaten och ge återkoppling till alla berörda parter. Om alla efter detta fortfarande är eniga och nöjda med besluten finns inga problem, men om alla eller några efter implementering bedömer att resultatet inte blev bra eller som förväntat, kan det finnas anledning att återuppta diskussionen och eventuellt korrigera beslut, eller om sådan möjlighet inte finns lära sig av sina misstag.

Pragmatism med denna innebörd är egentligen en utveckling av den amerikanska filosofen Charles Sanders Peirces (1839–1914) teori. Han ifrågasatte både empirismens och rationalismens föreställning om att det med empiriska eller rationella metoder var möjligt att uppnå absolut säker kunskap. Peirce ansåg att den kunskap vi kan uppnå med de ofta osäkra metoder vi använder enbart kan leda till kunskap vars sanningshalt är provisorisk. Vår kunskap är därför enligt Peirce potentiellt felaktig och han införde därför begreppet *fallibilism*. Pragmatism och fallibilism inom den medicinska etiken innebär då uppfattningen att det inte finns eviga och universella etiska principer med vilka vi en gång för alla kan avgöra om en handling är rätt eller fel, utan vi måste se på dess funktion i dess praktiska tillämpning i en konkret situation. Som praktisk *beslutsmetod* är pragmatismen inte uppenbart oförenlig med *konsekvensetiken*.

LITTERATUR: Fesmire 2003, Johansson et al. 2008, SMER 2008.

Praktisk klokskap är ett försvenskat uttryck för det aristoteliska uttrycket *fronesis*.

Preferensutilitarism är som namnet säger en etisk teori som använder sig av den konsekvensetiska nyttoprincipen, men som tar värdemässig utgångspunkt i en människas preferenser eller önskingar och inte i lycka, såsom exempelvis den hedonistiska utilitarismen. Preferensutilitarismen tar alltså sin utgångspunkt i det förhållandet att människan inte bara är intresserad av sin egen lycka eller välfärd, utan människan har också förmåga att uppställa mål och lägga upp planer för att uppnå målen. Vi har med andra ord olika livsprojekt som vi kan lyckas mer eller mindre bra med att genomföra. Enligt preferensutilitarismen bör vi i så stor grad som möjligt handla så att önskemålen eller intressena hos dem som påverkas av våra handlingar blir tillfredsställda och att de i så liten grad som möjligt blir frustrerade. En handling moraliska kvalitet avgörs sålunda av om handlingen tillgodoser våra intressen, man kan tala om preferenstillfredsställelse.

Skillnaden mellan hedonistisk utilitarism och preferensutilitarism är alltså att de tillmäter olika tillstånd egenvärde. Enligt hedonismen är det lycka och enligt preferensutilitarismen är det preferenstillfredsställelse. Skillnaden kan illustreras genom följande exempel. En patient som testamenterat sina organ eller vävnad efter sin död för transplantation eller medicinsk forskning kan när han/hon är avliden inte själv känna någon smärta eller uppleva sig kränkt om hans/hennes sista vilja inte kan tillmötesgå. Den hedonistiska utilitarismen omfattar enbart kännande individer. Att inte tillmötesgå en patients önskemål om att få donera sina organ eller vävnader då det av olika praktiska skäl skulle vara svårt eller omöjligt, skulle inte få en hedonistisk utilitarist att reagera, utom kanske för att organen inte kommer till nytta för andra. I relation till den avlidna har den hedonistiska utilitaristen inte längre några

förpliktelser eftersom den avlidnas eventuella smärta inte längre finns och därför inte längre har moralisk relevans, även om närståendes frustration förstås kan spela roll. Det förhåller sig precis tvärtom för en preferensutilitarist. Om man inte kan tillmötesgå en sådan patients sista vilja så frustreras patientens preferenser (som del av sitt livsprojekt). Ambitionen att försöka tillgodose och inte frustrera patientens preferenser har alltså en klart moralisk relevans enligt preferensutilitaristen. Förhållandet att den avlidna inte längre kan känna något har för preferensutilitaristen ingen relevans. Det hela kompliceras dock av att det finns olika versioner av preferensutilitarism. Enligt en version är det bara av egenvärde att få de preferenser tillfredsställda som tillfredsställs medan man ännu har dem (s.k. *now-for-now* och *then-for-then* preferences) och versionen skulle därmed inte anse att det är av egenvärde att få preferenser tillfredsställda när man inte längre finns. Generellt kan man dock säga att preferensutilitaristen lägger större vikt vid respekt för autonomi än hedonismen, eftersom att gå emot någons autonoma beslut är att gå emot dennes önskemål. För hedonisten har respekt för autonomi bara indirekt betydelse, i den mån det leder till upplevd frustration. Preferensutilitarismen har fått stor spridning, speciellt genom Peter Singer. Se vidare *önskeuppfyllelseteori*.

LITTERATUR: Carlson 1995, Hare 1994, Singer 1996.

Preferentialism, se önskeuppfyllelseteori.

Preimplantatorisk genetisk diagnostik (PGD) innebär att man genom uttag av flera ägg och provrörsbefruktnings kan välja ut de embryon som man önskar ska implanteras i livmodern efter genetisk analys av dessa. Det är speciellt vid kända ärftliga och allvarliga högrisksjukdomar man tillämpar denna metod för att på detta sätt ge föräldrarna möjlighet att välja. Med hjälp av PGD kan föräldrar få ett mer kvalificerat underlag för att kunna ta ställning till om man ska välja abort eller inte. PGD kan också kombineras med vävnadsbestämning

av embryon (HLA) och på så sätt kan man få möjlighet att välja ut ett friskt embryo med samma vävnadstyp som ett sjukt syskon som behöver hjälp med stamcellsbehandling (benmargstransplantation). Stamceller kan sålunda tas från navelsträngen när det nya barnet fötts. PGD har ansetts vara en fördel framför fosterdiagnostik, eftersom det tillåter att man undviker foster och barn med allvarliga sjukdomar utan att behöva göra abort. Se också assisterad befruktning.

LITTERATUR: Munthe 1999, SMER 2004.

Prepositionsetik refererar till prepositionerna på och med då de används i samband med experiment eller försök. Ett försök eller experiment på människor innebär att man vanligen inte har informerat eller inhämtat samtycke. Man använder prepositionen på samma sätt som när man talar om försök eller experiment på försöksdjur. Om man genomför ett experiment med en människa så suggererar prepositionen att man har informerat och inhämtat samtycke, dvs. försökspersonen är en sorts medarbetare. Se Fletchers beriberiexperiment som exempel på försök på psykiskt sjuka patienter.

Pre-randomisering, se Zelens princip.

Prestigefyllda diagnoser och specialiteter, se diagnostisk prestige och specialiteters prestige.

Presumerat samtycke är ett uttryck som används i exempelvis akut sjukvård då patienten vid intagningen är medvetslös eller psykotisk, och man då utgår ifrån att patienten vill ha behandling. I efterhand när patienten är behandlad kan man få en acceptans av att man gav behandling. Detta är ett problem i de fall där en livräddande behandling visar sig vara i strid med en beslutkapabel patients önskemål, t.ex. om ingreppet inneburit att man gett blod till en medlem av Jehovas vittnen eller livsuppehållande behandling till en patient som inte önskar en sådan. I första fallet går det inte att ändra på vad man redan gjort men i andra fallet

kan man sedan avbryta den inledda livsuppehållande behandlingen.

Prima facie-plikt är en förstahandsplikt som man ska sträva efter att uppfylla såvida den inte strider mot en annan prima facie-plikt. Inte sällan står man inför situationer då man skulle kunna tillgodose flera olika motstridande prima facie-plikter, exempelvis plikten att tala sanning och plikten att inte skada. Man kan då försöka att göra en övergripande bedömning av vilken handling som är den minst/mest kontroversiella. Man kan också tala om tumregelspliktetik. Eller man kan försöka lösa dilemmat pragmatiskt genom att väga flera olika teoretiska utgångspunkter mot varandra. Många som förespråkar prima facie-plikter menar dock att man inte har något bättre att hänvisa till än sina mer eller mindre väl övervägda moraliska intuitioner.

Inom medicinen brukar man vanligen följa en *hippokratiskt* inspirerad tankegång enligt vilken man strävar efter att göra gott (bota, lindra eller trösta) och att undvika det som kan skada. Vanligen vill man gärna hänvisa till den hippokratiska etiken då man vill låta principen att inte skada övertrumfa principen att göra gott (*primum non nocere-axiomet*). Det är dock oklart varifrån detta antagande stammar (antagligen från 1800-talet) och det är oklart varför inte de två principerna ska ses som likvärdiga prima facie-principer. Frågan är då hur ska man se på dessa principers relation till autonomiprincipen? Enligt de hippokratiskt inspirerade teserna så är ett paternalistiskt förhållningssätt inte främmande (doktor vet mest (om fakta) och därför också vad som är bäst för patienten) och autonomiprincipen skulle sålunda också, enligt den hippokratiska traditionen, kunna underordnas icke skada-principen. I detta avseende kan man säga att läkaretiken inte helt följt med tiden som inneburit en demokratisering av läkar-patientrelationen och där autonomiprincipen, i alla fall i västvärlden, i allt större utsträckning anses ha högst moraliska status. Med mindre än att en patient själv uttrycker önskemål om att han/hon inte vill veta något

om sin diagnos och prognos och är beredd att delegera till doktorn att fatta beslut, så är det nog så i dag att autonomiprincipen i de flesta fallen anses övertrumfa icke skada-principen. Se *icke skada-principen*, *hippokratisk etik*, samt *tumregelspliktetik* och *tumregelsutilitarist*.
LITTERATUR: Beauchamp et al. 2001, Ross 1930.

Prima facie-principer refererar vanligen till de fyra principerna att göra gott, icke skada, autonomi och rättvisa, så som de framställs enligt Beauchamp & Childress i deras försvar av principbaserad etik eller principlism. Se även prima facie-plikter och tumregelsplikter och tumregelsutilitarism.

Primum non nocere betyder att det (vid behandling av patienter) först och främst gäller att inte skada och axiomet tas vanligen till intäkt för den hippokratiska icke skada-principen som vanligen jämförs med att göra gott (bota, lindra och trösta). Enligt *primum non nocere-axiomet* går icke skada-principen alltså före göra gott-principen.

Ursprunget till *primum non nocere-axiomet* har dock diskuterats och det har även funnits hypoteser om att det skulle vara den grekisk-romerska läkaren Galenos som skulle ha parafraserat hippokratiska aforismer och lanserat den latinska frasen. Det kan också vara en (över-)tolkning av andra hippokratiska skrifter där det betonas att läkaren först och främst ska sträva efter att göra gott men åtminstone icke skada, vilket innebär något annat än att det först och främst gäller att inte skada. Hypotesen har dock ifrågasatts bland annat med hänvisning till att det inte är troligt att den grekiska läkaren Galenos skulle ha skrivit något sådant på latin. Det finns däremot i dag indikationer på att *primum non nocere-axiomet* snarare är en 1800-talsprodukt. Själva frasen *primum non nocere* tycks först dyka upp i medicinsk litteratur på 1860-talet och man hänvisar här till den franska läkaren François Chomel, som var lärare till bland annat Pierre Louis, dvs. det fanns en nära anknytning till den franska sko-

lan. Den franska skolan försökte introducera ett nytt vetenskapligt paradigm och i denna vetenskapliga kamp bekämpades även det gamla paradigmet som fortfarande levde kvar med blodtappningsbehandling som sin främsta behandlingsprincip. Både Pierre Louis och senare *Joseph Diel* hade visat att blodtappning inte var bättre än att bara avvakta (exspektans) och i många fall direkt skadligt. Under mitten av 1800-talet fanns det även indikationer på att läkarnas insatser var förknippade med ett betydande risktagande för patienterna och det oberoende av om man hänvisade till det gamla paradigmet eller till några av de paradigm som höll på att etablera sig. *Semmelweis* undersökning av barnsängsdödligheten 1847 indikerade att läkarna genom sin praxis var den direkta orsaken till den ökade mortaliteten vid avdelning I på Allgemeines Krankenhaus i Wien. Detta var kanske en mer lokal företeelse i Wien på grund av den ansvariga professorn Kleins order om att läkarkandidater skulle träna sig på de födande kvinnorna samt att både läkare och läkarkandidater skulle börja dagens arbetsrutiner med att obducera de nyförlösta kvinnor som avlidit under det senaste dygnet. En annan indikation på risktagande för patienter som hade mer omfattande konsekvenser var det förhållandet att sedan (eter-)narkosen hade introducerats 1846 ökade antalet operativa ingrepp betydligt. Men detta innebar samtidigt att förekomsten av komplikationer – ofta dödlig sepsis – ökade drastiskt. Det var först med *Josef Listers* undersökning 1865 och Pasteurs möjlighet att tolka resultaten som man började introducera preventiva hygieniska åtgärder och man lyckades därigenom minska antalet sårinfektioner i samband med operativa ingrepp.

De nya konkurrerande paradigmerna med deras fokus på studiet av vävnader (Bichat) och cellpatologi (Virchow) och senare mikroorganismer (Pasteur och Koch) var vetenskapligt och teoretiskt intressanta och kunde ge en bättre förståelse av sjukdomars etiologi och patogenes, men de gav än så länge inte upphov till nya behandlingsstrategier annat än vissa typer av kirurgiska ingrepp. Uppgårelsen med det gam-

la paradigmet (framför allt *humoralpatologin*) med dess väletablerade behandlingsstrategier ersattes sålunda av nya vetenskapligt progressiva paradigmen, men de följdes inte omedelbart av några nya i praxis fungerande behandlingsstrategier. Man hamnade i vad som refererats till som ett terapeutiskt vakuum. I ett sådant vakuum är det svårt för den enskilda läkaren att i sin vanmäktighet inte ibland gripa till gamla behandlingsprinciper, särskilt om patienterna förväntade sig sådana eller förväntade sig att läkaren gjorde någonting. På samma sätt som det finns en viss tröghet i att överge behandlingar som har utkonkurrerats av andra bättre eller säkrare behandlingar så kan man tänka sig att det var extra trögt att få den gamla blodtappningsstrategin uttrangerad när det inte fanns något man kunde ersätta den med. Man ska kanske påminna om att det också var i denna tidsända som *homeopatin* såg dagens ljus.

När American Medical Association (AMA) etablerades 1847 ställdes som krav för inträde att läkaren hade fått sin utbildning vid vissa av AMA godkända universitet. Anledningen till detta var att många av de individer som kallade sig för läkare, bedrev en praxis som ansågs vara rena kvacksalveriet, och de baserade sin verksamhet på verkningslösa behandlingar, s.k. placebobehandling. Det var också vid denna tidpunkt man formulerade sentensen att ”placebobehandling är kvacksalveri”. Med principen att göra gott får vi alltså specificerat att man som läkare enbart skulle ge behandling som var till medicinsk nytta för patienten och som inte bara gick ut på att vara patienten till lags, dvs. att placebobehandla. Det är bland annat i amerikanska medicinska tidskrifter som man första gången stöter på *primum non nocere*-axiomet (1879, 1906 och 1911).

Gemensamt för de nya konkurrerande paradigmen var att de inte gav några rationella grunder för blodtappning. Och då det dessutom hade framkommit i empiriska studier att blodtappning kunde skada mer än gagna, blev det viktigt att förhindra en fortsatt behandling med blodtappning. Det är i denna tidsända som man kan tänka sig att *primum non nocere*-axiomet

formuleras och att det hänvisades till *Hippokrates* för att på detta sätt ge sken av att det var ett evigt och ett icke debatterbart axiom. Man kan alltså tolka tillkomsten av *primum non nocere*-axiomet som ett sätt att både vetenskapsteoretiskt och etiskt argumentera mot ett förlegat paradigm med dess tillhörande kliniska praxis. Och man kan på samma sätt tolka axiomet som ett sätt att betinga introduktionen av kirurgin med de av Semmelweis och Listers föreslagna preventiva hygieniska åtgärderna. *Primum non nocere*-axiomet kan alltså ses både som ett argument för att ifrågasätta det gamla paradigmet kliniska praxis och som ett sätt att underlätta introduktionen av kirurgin som en acceptabel och säker behandlingsmetod.

Om det visar sig att *primum non nocere*-axiomet bäst förklaras som en 1800-talsprodukt finns det anledning att ifrågasätta argumentet att axiomet skulle ha en speciell status av en evig hippokratisk ursprungsetik. Enligt den föreslagna tolkningen blir *primum non nocere*-axiomet då snarare en situations- och tidsberoende klausul som därför tappar sin karaktär av något som inte går att ifrågasätta. Det bör kanske tilläggas att även om det skulle ha varit en rimlig tolkning av Hippokrates uppfattning så blir det inte en evig sanning för det. Se *ad hominem-argument*. Se också *icke skada-principen*, *prima facie-princip* och *prima facie-plikt*.

LITTERATUR: Lynöe 2006, Sharpe 1998, Smith 2005.

Principbaserad etik eller **principilism** utgår från etiska principer som inte kan härledas tillbaka till en och samma etiska teori, utan där principerna anses vara primära. De kan i stället härledas från olika etiska teorier och syftet är just att kringgå djupa teoretiska kontroverser. Göra gott- och icke skada-principerna kan härledas till en utilitaristisk (och hippokratisk) referensram, autonomiprincipen till en kantiansk och rättvisepprincipen till exempelvis Rawls. Den principbaserade etiken bestående av de fyra nämnda principerna har utvecklats av Beauchamp och Childress som när de tagit hänsyn till sjukvårdens speciella villkor funnit att

de existerande normativa teorierna eller dygd-etiken inte ensamma kan vara till någon större hjälp på grund av olika tillämpningsproblem. Däremot anser Beauchamp och Childress att de fyra principerna kan fungera som en minsta gemensamma nämnare som man kan resonera om inom sjukvården. Principerna ska anses vara *prima facie* och alla ha en viss självständig vikt utan att för den skull alltid övertrumfa någon annan i alla lägen. Bland principilisterna finns de som menar att autonomiprincipen generellt, om än inte undantagslöst, ska anses väga tyngre än de andra, speciellt vad gäller beslutskapabla patienter. Ett exempel är läkaren och etikern Raanan Gillon. Det finns förstås en rad andra ordningens principer som dock i sin tur kan härledas till en av de fyra. Integritetsprincipen och ”tala sanning”-principen ska sålunda kunna härledas från autonomiprincipen.

Principilismen har fått stort inflytande, delvis eftersom även kritiker av denna etik ofta använder indelningen i dessa fyra principer som ett sätt att ringa in de grundläggande viktiga etiska frågorna inom den medicinska etiken. Kritiken av principilismen kommer från två håll, dels från dem som menar att de fyra principerna kan återföras till än mer grundläggande etiska teorier som också kan lösa konflikter mellan principerna, dels från *partikularister*, som menar att det etiska landskapet är för komplicerat för att kunna återföras ens på ett antal olika principer.

Litteratur. Beauchamp et al. 2001, Gillon et al. 1994.

Prioriteringar inom sjukvården har blivit aktuellt i och med att möjligheterna att utreda och behandla flera sjukdomar har ökat samtidigt som dessa utredningar och behandlingar har blivit allt dyrare, exempelvis organtransplantation, hjärtkirurgi och vissa mycket dyra medicinska behandlingar. I den vidaste betydelsen av prioriteringar kan man dock säga att prioritera innebär att välja något före något annat, vilket medför att alla fördelningsfrågor är prioriteringsfrågor. Därmed är prioriteringsfrågor rättvisefrågor. Enligt denna vida syn på

prioritering är beslut att tilldela olika delar av sjukvårdens olika resurser prioriteringsbeslut. Det kan innebära att ge förebyggande vård och primärvård så och så mycket resurser, att ge slutenvård, exempelvis cancervård eller behandling av reumatism, så och så mycket osv. Denna typ av prioriteringsbeslut kallas för horisontella prioriteringsbeslut, medan frågan om hur mycket resurser olika verksamheter inom samma område, t.ex. cancervård, ska ges kallas för vertikala prioriteringsbeslut. Som synes uppkommer prioriteringsbeslut på vårdens alla områden och på alla nivåer, såväl på politisk nivå som på klinisknivå. Också hur man organiserar vården kan ses som prioriteringsbeslut, exempelvis om man i första hand gör det i privat eller offentlig regim, eftersom sådana beslut kan påverka vilka som i första hand får tillgång till vård och därmed fördelningen av vård till patienter. I samband med utredningen av prioriteringar i svenska sjukvården (SOU 1995:5 Vårdens svåra val) presenterades en etisk plattform för prioriteringar. Denna plattform anger tre principer:

- 1) Människovärdesprincipen: Lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- 2) Behovs- eller solidaritetsprincipen: Resurser till de områden där behoven är störst. Solidaritet innebär dels att via skattesedeln bidra till den gemensamma vården efter (betalnings)förmåga, och dels att särskilt beakta behoven hos dem som inte själva är medvetna om sina rättigheter. (Detta i motsats till patienters förmåga att uttrycka sig och formulera sina krav mer eller mindre högljutt. Man talar populärt om ”decibel-faktorn”).
- 3) Kostnadseffektivitetsprincipen: Rimlig relation mellan kostnad och effekt mätt i förbättrad hälsa eller livskvalitet. Bör endast tillämpas vid jämförelse av behandlingar av samma tillstånd.

Den etiska plattformen utesluter eller underordnar andra principer som exempelvis:

- **Nyttoprincipen:** Störst nytta för flest män-

niskor. (Ett exempel på att tillämpa denna princip är att hjälpa många med lindriga besvär framför att hjälpa ett fåtal svårt sjuka/skadade/eller ekonomiskt olönsamma personer) Den form av nytta som man får ta hänsyn till är den som fångas av tredje principen och den ska då ses ur individens och inte samhällets perspektiv.

- **Lotteriprincipen:** Lika stor chans att få del av sjukvårdens resurser. Bekvämt men i strid med den andra principen.
- **Efterfrågeprincipen:** Är acceptabel om efterfrågan och behov sammanfaller. Men behov kan finnas utan att efterfrågas och efterfrågan kan finnas utan att behovet är så stort.
- **Självbestämmandeprincipen:** Rätt att avstå eller avbryta erbjuden behandling/utredning men inte att kräva en sådan. Principen måste alltid balanseras med hänsyn till det medicinska behovet.

Man talar i prioriteringsutredningen också om etiskt inte godtagbara prioriteringsgrunder som exempelvis hög/låg ålder. Det är de biologiska eller de fysiologiska reserverna och inte kronologisk ålder som ska ligga till grund för medicinska åtgärder. Självförvållande skador anses inte heller vara grund för negativ särbehandling därför att: a) kunskap om orsaker ofta är okända då ett beteende påbörjades, b) det är svårt att skilja mellan orsaker i livsstil och arv, c) skadligt beteende förvärras tidigt och har komplex bakgrund, och d) avgränsning mellan skadlig livsstil och självförvållad sjukdom riskerar att bli godtycklig. Man förkastar med andra ord också förtjänstprincipen i prioriteringsutredningen, eller ansvarsprincipen som den numera kallas. Denna har emellertid tillmätts en viss betydelse i senare prioriteringsrapporter. Så kallade självförvållade skador ger dock inte förtur till medicinsk vård, t.ex. idrottsskador. Förmågan att kunna betala för behandling bör inte heller ge förtur vare sig i offentlig eller privat regi. Att ta hänsyn till social funktion anses vara i strid med principen om allas lika värde.

I svensk sjukvård bör flyktingar och asylsökande ha samma rätt till sjukvård. I dag gäller

dock att vuxna asylsökande endast har rätt till omedelbar vård och vård som inte kan anstå om läkare anser det nödvändigt. Det är omdiskuterat om inte också detta är i strid med första principen. Dock är människovärdesprincipen svårtillämpbar, eftersom den knappast kan tolkas ordagrant. Det vore uppenbart orimligt att inte ta hänsyn till vissa personliga egenskaper när man fördelar vård, som om man är sjuk eller inte. Det som avses är förmodligen att vissa personliga egenskaper ska anses vara irrelevanta, men då uppkommer frågan om vilka dessa är. Det ger människovärdesprincipen i sig inget svar på, även om den vanligtvis tolkas som att vissa egenskaper är självklart irrelevanta, som etniskt ursprung eller social status. Därför är inte denna princip särskilt användbar för att avgöra prioriteringsfrågor. Inte heller behovsprincipen är uppenbart vägledande, eftersom exempelvis två personer som inte kommer att överleva utan ett visst organ rimligen båda kan sägas vara i behov av organet ifråga. Utredningens definition av behov, att man har behov av sådant man far illa av att vara utan, ger inte mycket vägledning heller. Det är vidare svårt att avgöra vem som har störst behov utan att tillgripa något slags nyttoresonemang, exempelvis vem som har bäst prognos.

Man brukar skilja mellan prioritering på olika nivåer: a) riksnivå (regeringen fördelar medel till olika sektorer: sjukvård, socialtjänst, försvar, undervisning, infrastruktur etc.), b) landstingsnivå (landstingen fördelar medel företrädesvis mellan primärvården och slutenvården samt även mellan olika områden inom slutenvården) och c) kliniknivå (hur en enskild patient prioriteras i relation till andra med liknande sjukdomar). Vid prioriteringar i klinisk verksamhet har utredningen angivit fem grader av prioritering där I står för högsta prioritet och V står för lägsta: **IA.** Vård av livshotande akuta sjukdomar, vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invaliderande tillstånd eller för tidig död. **IB.** Vård av svåra kroniska sjukdomar. Palliativ vård i livets slutskede. Vård av människor med nedsett autonomi. **II.** Individinriktad prevention

Nu när universitetet ska spara föreslår jag att vi satsar på matematik: här behövs pennor, papper och suddigummi!



I så fall är väl moralfilosofi ett mycket bättre val: här behövs enbart pennor och papper!



Prioriteringar inom universiteten

vid kontakter med sjukvården. Habilitering/rehabilitering. **III.** Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar. **IV.** Gränsfall. **V.** Vård av andra skäl än sjukdom eller skada.

En viktig fråga är här hur prioriteringar går till i verkligheten. Får äldre optimal vård? Får utslagna och exempelvis patienter med alkoholrelaterade sjukdomar den vård de är i behov av? Får asylsökande och fångar i fängelser optimal vård? Får en asylsökande gravid kvinna från ett afrikanskt land den mödra- och förlossningsvård hon är i behov av (en asylsökande gravid kvinna har fri mödrahälsovård och förlossningsvård)? Får ett asylsökande sjukt barn lika vård som ett bofast barn i Sverige (och som barnet har rätt till)? Går direktören med privat försäkring, kändisen, elitidrottaren, artisten, politikern, sjukvårdspersonal, medicinskt intressanta fall (för undervisning och forskning) etc. före i kön?

Under de senaste åren har det i Sverige uppkommit en diskussion angående prioriteringar i sjukvården. Man har bland annat sagt att den etiska plattformen inte fungerat i praktiken och att den därför bör ändras. Förslag till ändringar har varit att människovärdesprincipen borde omformuleras, att kostnadseffektivitetsprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen skulle likställas (och uppfattas som *prima facie*-principer snarare än att den sistnämnda alltid ska trumfa

den förstnämnda) samt att en fjärde princip, ansvarsprincipen, skulle införas. Ansvarsprincipen skulle innebära att människor själva ska ta ansvar för sin hälsa och sköter man inte den så bör man enligt principen förlora sin rätt till sjukvård, dvs. att man kan demeritera sig för vård. Med andra ord är ansvarsprincipen en *förtjänstprincip*. De nya idéerna har gett anledning till en viss turbulens. Ett problem som lyfts fram är att om man skulle överge ambitionen att låta den etiska plattformen vara uppbyggd som en hierarki så skulle det kunna leda till att ett landsting prioriterar kostnadseffektivitetsprincipen, ett annat ansvarsprincipen och ett tredje prioriterar behovs- och solidaritetsprincipen. Detta skulle i sin tur skapa olikheter i hur man i Sverige tar hand om patienter med samma åkomma och därmed bryta mot *rättvisepincipen* som säger att lika ska behandlas lika. **LITTERATUR:** Carlsson 2007, SOU:1995:5, Tännjö 1998(1).

Prioritetsstrider gäller oftast vem som ska få äran, priset eller patentet för en upptäckt eller uppfinning. Det finns i vetenskapshistorien en rad sådana tvister och exempel på hur dessa har hanterats. En av de kanske mest kända prioritetsstriderna rör den mellan den engelska naturvetaren Isaac Newton (1643–1727) och den

tyske filosofen Gottfried Leibniz (1646–1716), som tvistade om vem som först kom på infinitesimalkalkylen eller differentialekalkylen. Sannolikt kom de på den oberoende av varandra ungefär samtidigt, men i och med att Newton satt som ordförande i Royal Society i London, som hade fått i uppgift att avgöra striden har det i efterhand kommit fram att Newton på ett inte särskilt hederligt sätt använde sig av sitt inflytande så att utfallet blev till hans egen fördel (– se också *jäv*). Ett annat exempel på en prioritetsstrid var den mellan den tyska dermatologen Albert Neisser och norrmannen Amauer Hansen beträffande vem som upptäckte leprabakterien, en strid som sannolikt bidrog till att Hansen utsatte en patient för ett allvarligt risktagande. Hansen var den som hade upptäckt bakterien men hade inte lyckats isolera den på ett tydligt sätt. Neisser, som hade besökt Hansen i Norge och därifrån fått med sig en kultur av leprabakterier, lyckades sedan att isolera och färga bakterierna och publicerade bilder på dessa utan att ange Hansens roll. I efterhand har dock Hansen fått äran för upptäckten (se Amauer Hansen). Ett tredje exempel på prioritetsstrider aktualiserades vid upptäckten av insulin som både gav anledning till interna stridigheter mellan Banting och Macleod som fick Nobelpriset, och mellan den rumänska forskaren Paulesco som ansåg att han borde ha fått priset (se Banting och Best). Diskussionen om vem som var först med upptäckten av viruset som orsaker aids (human immunbristvirus – HIV) har också varit föremål för en infekterad diskussion som även hamnat på storpolitisk nivå. Var det amerikanen Robert Gallo och hans grupp eller var det den franska gruppen med Françoise Barré-Sinoussi och Luc Montagnier från Pasteur-institutet som 1983 isolerade viruset? Denna prioritetsstrid kan nu sägas vara avgjord i och med att de två fransmännen och inte amerikanen fick 2008 års Nobelpris i fysiologi eller medicin. Vidare kunde vi för några år sedan i svensk press se en helsidesannons där en person som ansåg sig ha uppfunnit MRT-tekniken protesterade och gjorde anspråk på Nobelpriset, som då hade tilldelats två andra personer.

Det finns en rad andra fall där man inte kan säga att äran för upptäckterna har gett upphov till kontroverser, men där man ändå i efterhand har diskuterat om man missat någon eller kanske gett priser till eller ärat fel person. I många fall är det frågan om kvinnor vars insatser man inte uppmärksammat eller tillmätt samma betydelse som männens. Se *Jocelyn Bell* och *Lise Meitner*.

LITTERATUR: Bliss 1982, Judson 2004.

Professionell autonomi är ett uttryck för de yrkesintressen som är knutna till exempelvis läkarens förståelse av vetenskap och beprövad erfarenhet. På samma sätt som läkaren har skyldighet att visa respekt för patientens autonomi så har även en patient skyldighet att visa respekt för läkarens professionella autonomi. Om patienten exempelvis kräver en alternativmedicinsk behandling som enligt läkaren strider mot vetenskap och beprövad erfarenhet och denne därför inte önskar att medverka vid sådan behandling, så bör patienten visa respekt för ett sådant ställningstagande.

Prognos är ett uttryck för hur en sjukdom kan antas att utveckla sig med eller utan behandling. Man talar vanligen om att exempelvis en cancerprognos kan vara god eller dålig i relation till femårsöverlevnaden. Om chansen för att överleva mer än fem år är 80% så sägs prognosen vara god.

Project paperclips är beteckningen för amerikanernas rekrytering av tyska forskare efter andra världskriget. Den mest kända rekryteringen är nog den av raketforskaren Wernher von Braun, men även inom det medicinska området rekryterades en rad forskare som varit mer eller mindre involverade i de medicinska experimenten i koncentrationslägren. Den mest kända inom detta område är nog läkaren Hubertus Strughold som kände till och uppmanade till fortsättning av de höghöjdsexperiment som Dr Rascher och andra genomförde i Dachau. Strughold blev sedan en framstående vetenskapsman inom det amerikanska rymdprojektet, och som

det skulle visa sig var höghöjdsexperimenten av stort värde och en förutsättning för bemannade farkoster i rymden. President Truman hade godkänt att man skulle rekrytera tyska forskare, men hade också sagt att han inte ville ha några gamla nazister sittande på amerikanska forskningslaboratorier. Militären och andra anses ha tolkat presidentens förbehåll lite väl liberalt.

I samband med krigsuppgörelsen med japanerna gjorde amerikanerna också överenskomelser som bidrog till att amerikanerna fick ta del av resultaten av de experiment som exempelvis Dr Ishii (från Unit 731, Pingfang) hade genomfört på kinesiska fångar, mot att forskarna inte åtalades. Dr Ishii hade genomfört experiment gällande bakteriologisk krigsföring samt vivisektioner på tusentals kineser, både civila och krigsfångar. Se *prepositionsetik*

LITTERATUR: Hunt 1991.

Protestantisk etik är framför allt förknippad med Martin Luthers (1483–1546) reformation och uppgörelse med den katolska kyrkan, men även Huldryck Zwingli (1484–1531) och Jean Calvin (1509–1564).

Det var i samband med uppbyggnaden av den nya Peterskyrkan i Rom som dåvarande påven Leo X bestämde att man för att skaffa pengar till kyrkbyggeriet införde en möjlighet att genom speciella brev, s.k. avlatsbrev, köpa sig fri från Guds straff. När en människa hade bekämt sina synder så kunde han/hon förvisso få förlåtelse av en präst, men det fanns alltid kvar en räkenskap att göra upp efter döden – i skärselden – och det var detta efterstraffet i skärselden som man genom dessa brev lovades kunna lindra eller förkorta. Luther reagerade mot bland annat dessa brev och slog upp sina berömda teser i Wittenberg. Anledningen till att Luther reagerade var hans grunduppfattning att människan är en syndig varelse (liksom Paulus och även katolska kyrkan) och att man inte kan köpa sig fri från vare sig konkreta aktuella synder eller arvsynden. Detta var i motsättning till den katolska kyrkans officiella syn. Det är erkännandet av att människan i botten är en syndig varelse som ska leda människan fram till tron och det är enbart

genom tron, dvs. kärlek till Gud, som man kan uppnå Guds försoning, nåd och frälsning.

Både Jesus och den tidiga kristendomen samt senare munk- och nunnerörelser försökte att överge det materiella välståndet och enbart beakta Guds belöning; och på så sätt blev fattigdom ett slags ideal för de äkta kristna människorna. Även Luther och hans kollega i Genève, Jean Calvin (1509–1564), framhöll ett puritanskt, om än inte asketiskt, levnadssätt och sade att det är genom tron och inte genom sina handlingar som man kan erhålla nåd och uppnå frälsning. Calvin som egentligen kom från Frankrike och där anslutit sig till reformationen, flydde till Basel och sedan vidare till Genève där han initierade en sträng kristen församling som hade stort inflytande i Schweiz. Exempelvis var det Calvin som såg till att den spanska läkaren Michael Servetus, som i sin tur hade flytt från den spanska inkquisitionen, brändes (utstuderat långsamt) på bål. Samtidigt betonade både Luther och Calvin vikten av att människan skötte sitt arbete och den plats som Gud hade bestämt för den enskilda i det världsliga samhället. Det är så att säga en del av Guds stora plan att vissa har blivit rika och att andra blivit fattiga. Både Luther och Calvin var påverkade av Paulus Romarbrev där han bland annat betonar att den enskilda människan har att underordna sig överheten som i sin tur är förordnad av Gud. De som motsätter sig överheten gör då motstånd mot Guds ordning och därmed drar de straff över sig själva.

Med Luther och den protestantiska etiken kom också en människosyn som är av intresse och som fick betydelse för hur man ska handla mot de av Luther presenterade fyra människotyperna: 1) de troende som utför alla gärningar (handlingar) i frihet oberoende av lagen, 2) de lata som missbrukar friheten till lathet – de ska förmanas med hjälp av lagen, 3) de onda som alltid kommer att synda och som måste tvingas med lagen, eventuellt med det världsliga svärdet (dvs. ordningsmakten) och 4) de barnsliga, ofullkomliga i tron som ska lockas med allahanda yttre medel och ceremonier.

Luther gör upp med bland annat den huma-

nistiska traditionen från Erasmus som säger att människan har en fri vilja och ett ansvar för sina handlingar, i annat fall blir morallagar meningslösa (se *humanism*). Luther anser att viljan är bunden, framför allt i relation till Gud och Guds plan. Även om vi vill det goda gör vi ändå det onda. Luther är dock inte helt och fullt deterministisk i sin uppfattning av den fria viljan, utan synen varierar i relation till de olika människotyperna. Emellertid tolkas ofta Calvin som en förespråkare för den s.k. predestinationläran, som säger att Gud är allsmäktig och styr allt, inklusive vad människorna gör. Det är därför förutbestämt hur det går i livet och om man är frälst eller inte visar sig redan i detta liv. Enligt detta synsätt har vi ingen fri vilja och vi kan inte skylla på omständigheterna för att svära oss fria – alla är lika skyldiga.

LITTERATUR: Andersen 1993.

Protocol violator är ett uttryck med flera innebörder även om det formellt rör sig om handlingar som strider mot eller inte är i överensstämmelse med försöksplanen eller protokollet. En innebörd är att en forskare som gör avsteg från fastställd försöksplan är en protocol violator, exempelvis om han/hon utelämnar vissa mätvariabler som visat sig tala mot forskningshypotesen. Protocol violator används också ibland som slanguttryck för försökspersoner som efter att sagt ja till att delta i exempelvis en klinisk studie av ett läkemedel avbryter sin medverkan under studiens gång. Uttrycket protocol violator hänvisar då till de metodologiska problem som sådana försökspersoner kan åstadkomma, t.ex. kan ett avbrytande leda till sekundärt bortfall och till en ökad risk för att man felaktigt kommer att acceptera nollhypotesen som sann då denna i själva verket är falsk (typ 2-fel). I kliniskt sammanhang talar man om dålig compliance.

Etiskt sett kan man dock säga att om försökspersoner/forskningspersoner avbryter sitt deltagande i en studie är detta uttryck för att deltagandet verkligen har uppfattats vara frivilligt.

Provrörsbefruktning, se assisterad befruktning.

Proxy consent är det engelska uttrycket för vikarierat eller ställföreträdande beslut som används i samband med att man bedömer om en patient eller försöksperson som är komatös eller på annat sätt har nedsatt autonomi och inte själv kan samtycka till att behandlig ges. Det kan som angett också röra sig om vikarierande beslut om en patient ska delta i ett forskningsprojekt. Även om det finns ställföreträdare så vill dessa oftast försöka föreställa sig hur patientens inställning skulle ha varit om patienten hade varit beslutskapabel, och man talar då om hypotetisk vilja. Det underlättar dock en sådan bedömning om patienten har skrivit ett livstestamente.

Det finns dock flera svårigheter med ställföreträdande beslutsfattare. Ett problem kan vara att det finns flera närstående med olika uppfattningar av patientens värderingar. En annan anledning till att det kan bli fel är att sjukvårdspersonalen anser att patientens inställning strider mot deras professionella plikter att skydda och bevara liv. Ett speciellt problem är då vikarierande beslut gäller barn. I sådana fall är det oftast föräldrarna som fattar beslut, men om dessa beslut i vissa fall inte är i barnets bästa intressen kan sjukvårdspersonalen koppla in sociala myndigheter för att tillfälligt omhänderta barnet för att kunna ge nödvändig behandling. Detta kan förstås bara göras om barnet utan behandling skulle fara illa och den uteblivna behandlingen kan likställas med barnmisshandel.

Psykiskt funktionshinder definieras enligt den Nationella psykiatrisamordningen som när en person ”har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden, och att dessa begränsningar har funnits, eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning/sjukdom.”

Psykiatrisk tvångsvård tillämpas då patienter till följd av allvarlig psykisk störning/sjukdom är ur stånd att ta hand om sig själva. Denna typ av vård är lagreglerad genom lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och kan också aktualiseras av lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård ska tre kriterier vara uppfyllda för att läkare ska kunna fatta beslut om tvångsvård: patienten ska lida av allvarlig psykisk störning, ha ett omedelbart vårdbehov samt motsätta sig vård. Tvångsvård innebär därmed en inskränkning av patientens frihet och möjlighet att själv vara med och bestämma om handlingar och beslut som berör patienten.

Allvarlig psykisk sjukdom innebär ofta att väsentliga aspekter av autonomi är nedsatt. Begreppet allvarlig psykisk sjukdom är inte medicinskt utan juridiskt och vad som ska räknas till denna kategori är omdiskuterat och har ändrats över tid. Med allvarlig psykisk störning avses i dag psykotiskt tillstånd med förvirring dvs. tankestörningar, hallucinationer eller vanföreställningar. Även depressioner utan psykotiska symtom där självmordsrisk föreligger och mer uttalade personlighetsstörningar med impulsgenombrott av psykotisk karaktär eller starkt tvångsmässigt beteende räknas som allvarlig psykisk störning. I förarbetena till lagen räknade man även in ”anpassningssvårigheter” och tidigare räknades ett större spektrum av personlighetsstörningar in i begreppet, medan man i dag i första hand räknar psykos som kriterium. Vanligtvis avser man med begreppet ”omedelbart vårdbehov” att patienten kan vara en fara för sig själv eller andra som följd av sin sjukdom. Det sistnämnda kan anses som särskilt kontroversiellt, eftersom andras behov normalt inte anses vara ett skäl för att vårda någon mot hennes vilja. Syftet med behandlingen ska vara att patienten återfår sin autonomi eller får ökad autonomi. För att förlänga tvångsvård mer än en månad krävs beslut från länsrätten. Det finns speciella problem vid behandlingen av barn och ungdomar med allvarlig psykiska sjukdomar. Se *barnsjukdomar*.

LITTERATUR: Engström 2006, Tännsjö 2002.

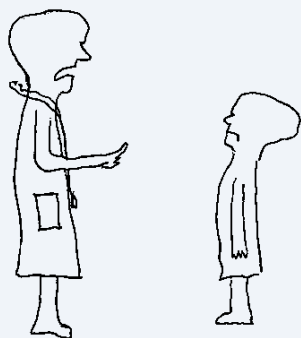
Psykopati är en typ av personlighetsstörning som tidigare användes för att karakterisera individer med bland annat en oförmåga att knyta varaktiga relationer till andra människor. Individen kan vidare vara värtalig och charmig, ha en grandios självuppfattning, sällan uppleva skuld, vara manipulerande och en (patologisk) lögnare, vara oansvarig och ha en parasitisk livsstil, enligt ”Encyclopedia of mental disorders” som listar totalt 20 egenskaper.

Man diskuterar huruvida psykopati har en organisk orsak i motsats till sociopati som vanligen uppfattas som ett resultat av den sociala miljöns inflytande. Psykopati har klart moraliska implikationer eftersom en person med en psykopatisk personlighetsstörning saknar en rad av de moraliska kvaliteterna, egenskaper eller dygder som oftast förutsätts i mellanmänniska relationer, men psykopati utesluter inte att en sådan person kan genomföra rationella och kognitivt baserade resonemang.

Både psykopati- och sociopatibegreppen togs ur bruk under 1980-talet, och man använder numera i stället beteckningen antisocial personlighetsstörning som finns i DSM-IV. Anledningen till denna ändring var att definitionen och kriterierna på psykopatidiagnosen hade en moraliserande framtoning. Med den biologiska psykiatrins renässans under 2000-talet har psykopatibegreppet fått förnyad aktualitet och uppfattas i dag som en undergrupp av empatistörningar.

Psykosomatisk sjukdom är en typ av kliniska tillstånd eller sjukdomar där man antar att det finns psykiska orsaker till eller en psykisk komponent i patientens symtom eller symtomutveckling. Det vanligaste exemplet är högt blodtryck (essentiell eller primär hypertoni), som antas bero på livsstil eller stress. Även vissa sjukdomar med känd organiskt betingad etiologi kan bli förstärkta av olika psykosociala påfrestningar. Det gäller exempelvis vissa endokrina rubbningar som förhöjd aktivitet i

Vi anser här på avdelningen att tarmsjukdomar är rent somatiska sjukdomar. Ta därför inte upp frågan om hur patienten har det hemma eller på jobbet. Vi har nämligen också lagt märke till att om man tar upp sådana frågor så försämras patientens symtom!



Om psykosomatisk sjukdom

sköldkörteln (den form av hyperthyreos som kallas Graves' disease). Hela begreppet psykosomatisk sjukdom har varit kontroversiellt eftersom det har varit svårt att förklara hur man genom negativ psykisk påverkan, livshändelser, psykosociala förhållanden i nära relationer och på arbetsplatsen kan förklara uppkomsten eller förstärkningen av redan manifesterad somatisk sjukdom. Här finns ju ingen direkt smittoöverföring, ingen exponering för miljögifter eller annan fysisk påverkan. Det är frågan om en distanspåverkan där betydelsebärande ord, kränkningar, retningar som vid mobbning, social stigmatisering etc. kan påverka hälsan negativt. Det mest extrema exemplet på negativ påverkan som följd av negativ förväntanseffekt (s.k. noceboeffekt) är voodoo-döden.

Man har i dag med hjälp av funktionell magnetisk resonanstomografi (fMRT) kunnat visa att det händer något i hjärnan samt vilka områden som aktiveras vid negativ förväntanseffekt eller s.k. nocebobehandling. Detta har medicinsk-etisk betydelse därför att om man genom

exempelvis kränkningar av en människas autonomi eller mänskliga rättigheter (som framfört av den amerikanska epidemiologen Jonathan Mann) kan anta att personens hälsa försämras så har vi av den anledningen, förutom av exempelvis *pliktetiska kantianska* skäl, *konsekvensetiska* skäl att förebygga kränkningar om vi därmed kan förbättra en persons hälsa. Pliktetikern och konsekvensetikern kommer dock att göra olika bedömningar när ett ärligt och vänligt framfört besked har hög risk att ge upphov till en noceboeffekt, åtminstone i princip. I dessa fall har konsekvensetikern lättare att försvara att man betar sig bedrägligt mot patienten om risken är tillräckligt stor att ett negativt besked allvarligt försämrar patientens diagnos.

Tidigare användes ofta magsår (peptiskt ulcus) som typexempel på ett psykosomatiskt tillstånd. Man ansåg att en stressad person med höga krav på sig själv och prestationsambitioner, s.k. typ A-personlighet, löpte speciell risk för att utveckla peptiskt ulcus. Med upptäckten av *Helicobacter Pylori*-bakterien som orsak till peptiskt ulcus och där behandling med antibiotika i kombination med syrehämmande medel är effektiv har den psykosomatiska förklaringsmodellen tonats ner även gällande andra tillstånd där man uppfattar att det finns ett samband mellan exempelvis stress och sjukdom. Se också *själ-kroppproblemet*, *dualism* samt *nocebo- och placeboeffekt*.

LITTERATUR: Mann 1996, Johansson et al. 2008.

Psykoanalys, se Freud, Sigmund.

PTSD är en förkortning av diagnosen post traumatic stress disorder som är ett tillstånd som karakteriseras av en rad olika psykiatriska symtom som exempelvis sömnsvårigheter med svåra mardrömmar, ångest, depression, koncentrationssvårigheter, trötthet etc. Hypotesen är att vissa personer som varit med om starkt psykiskt traumatiserande upplevelser ofta innebärande dödshot och svår kontrollförlust som krig, tortyr, katastrofer (naturkatastrofer eller tåg-, flyg- eller bilolyckor), psykisk terror,

sexuellt utnyttjande, gisslantagning, och även händelser inom sjukvården – exempelvis en traumatisk förlösning – som en följd av dessa upplevelser kan utveckla ett eller flera av ovan nämnda symtom. Det är dock inte alla som utvecklar PTSD. Sjukdomen är ett av få exempel på psykiatriska diagnoser som inte uteslutande definieras symptomatologiskt, utan också med hänvisning till sjukdomens orsak eller etiologi. Symtomen måste vara ett resultat av ett trauma för att det ska handla om PTSD. Syndromet är kanske mest känt som en psykiatrisk diagnos som fått officiell status som sjukdom efter Vietnamkriget och de amerikanska Vietnamveteranernas kamp för att få behandling, ersättning eller sjukpension. Diagnosen brukar därför ofta användas som exempel på att vad som räknas som sjuktt inte enbart är ett resultat av inomvetenskapliga faktorer utan också av externa faktorer, som intressegruppers försök att få erkännande för problem de har. Det är tillstånd som i dag också är aktuellt bland många flyktingar. Det finns vissa tecken på att exempelvis vissa typer av soldater som deltagit i krig inte återgäldar beskjutning därför att de anser det vara moraliskt fel att döda. En undersökning av amerikanska soldater efter andra världskriget visade att bara 20% av soldaterna sköt tillbaka. Resterande soldater ville hellre bli skjutna än att döda en annan, även under attack. Inom amerikanska armén insåg man då att förutsättningen för att en soldat skulle fungera effektivt var en viss förräelse. Inför Koreakriget och senare inför Vietnamkriget hade soldaterna genomgått en utbildning där man medvetet hade desensibiliserat soldaterna så att de lärt sig skjuta automatiskt. Man fick sålunda upp antalet som sköt tillbaka, 20%, till 55% under Koreakriget och ytterligare en ökning upp till 90% under Vietnamkriget. Kanske svårigheterna för Vietnamveteranerna att återanpassa sig i det civila livet kan ha att göra med deras desensibiliseringen och därmed nedbrytningen av deras egna spontana moral? Se också apatiska flyktingbarn.

LITTERATUR: Lehrer 2009.

Publish or perish är ett uttryck som används för att beskriva en forskares situation. Antingen bedriver man forskning och publicerar vetenskapliga artiklar eller också försvinner man (från det vetenskapliga samhället/universitetet). Termen beskriver indirekt den konkurrenssituation i vilken många forskare befinner sig och vändningen skulle också kunna formuleras som att den som publicerar mest (och i högst rankade vetenskapliga tidskrifter) får vara kvar medan den som publicerar mindre eller minst åker ut. Publish or perish-fenomenet kan ses som en speciell incitamentsstruktur som genom konkurrens kan få forskare till att bli mer aktiva men även i vissa fall kan leda till att frestelsen att plagiera, stjäla hypoteser eller data och i det hela taget bete sig på ett sätt som är oförenligt med god vetenskaplig sed.

Publikationsbias är då man fått en skevhet i urvalet av publikationer, exempelvis då man utesluter eller inte fått tag på resultat som talar för att en viss behandling har en gynnsam effekt. Man talar då om negativ publikationsbias, vilket kan leda till s.k. typ 2-fel. Om man utesluter eller inte inkluderar resultat som talar emot att en viss behandling skulle ha en gynnsam effekt talar man om positiv publikationsbias, vilket kan leda till typ 1-fel. Speciellt vid systematiska kunskapsöversikter kan man genom att viss litteratur och resultat utesluts, få en skev bild av effekten av en behandling som då kan framstå som mer eller mindre effektiv än den egentligen är. Se också läkemedelsindustri.

P-värde är en sannolikhet som är resultatet av ett statistiskt test som genomförts vid en s.k. hypotesprövning. Om man exempelvis vill jämföra effekten av två olika läkemedel A och B och har forskningshypotesen att A är bättre än B, och genomför en sådan studie som både är randomiserad och blindad och som har tillräckligt många försökspersoner, kan man med hjälp av ett statistiskt test (exempelvis ett Chi 2-test) beräkna ett p-värde som säger något om sannolikheten för att vi ska förkasta nollhypotesen då denna är sann. Nollhypotesen är den statistiska

utgångspunkten som säger att eventuella skillnader mellan de försökspersoner som fått behandling A eller B enbart på beror på slumpen. Kan vi med vårt test inte förkasta nollhypotesen så fortsätter vi att tro på att det är slumpen som råder. Kan vi med det statistiska testet och det därav härledda p-värdet förkasta nollhypotesen, så kan vi säga att vi har fått belägg för

att det inte är slumpen som styr, och vi kan då få induktivt stöd för vår forskningshypotes att A är bättre än B. Det aktuella p-värdet ska då vara mindre än den valda signifikansnivån som vanligen väljs mellan värdena: 0,05; 0,01 eller 0,001. Se signifikansnivå.

LITTERATUR: Lynöe et al. 1998.

QALY är en förkortning av quality-adjusted life-years och översätts till svenska med kvalitetsjusterade levnadsår.

Randomisering innebär att fördelningen (allokeringen) av exempelvis patienter till två eller fler olika behandlingar i en klinisk prospektiv studie (experiment) sker efter en slumpningsprincip. Randomiseringen görs därför att man på detta sätt vanligen kan uppnå kontroll över en rad biologiska variabler, som exempelvis ålder, kön, genetisk konstitution, sjukdomsduration, matvanor och behandlingsdos. I efterhand, när studien är klar, måste man kontrollera om randomiseringsproceduren ledde till att de olika grupperna blev jämförbara med avseende på ovan nämnda variabler. På detta sätt uppnår man statistiskt oberoende grupper som sedan kan analyseras med därtill lämpade statistiska metoder.

Randomisering används bland annat som underlag för genomförandet av kontrollerade kliniska undersökningar där randomiseringen är den ena aspekten av vad man har kontroll över. Den andra aspekten rör blindningen, dvs. att i bästa fall vet varken patienten eller forskaren/läkaren vilken behandling som getts, och studien sägs i så fall vara dubbelblind. Om bara patienten (eller bara läkaren) inte vet vilken behandling som getts så sägs studien vara enkelblind och om båda vet, är studien öppen, vilket är fallet vid vissa typer av kirurgiska ingrepp där det inte går att hålla den givna behandlingen dold. Det behöver emellertid inte enbart vara vid nya behandlingar som man använder randomiseringsprocedurer. Det kan också ske om man vill undersöka effekten av olika exponeringar, exempelvis hur omfattande en infor-

QR

mation till patienter är. Se också *Zelens princip* för pre-randomisering och *placebobehandling*.

LITTERATUR: Lynöe et al. 1998.

Rationalism inom kunskapsteorin är uppfattningen att man kan uppnå kunskap om verkligheten enbart genom förnuftet, dvs. utan empiriska undersökningar (benämns också av Kant som a priori-kunskap).

Rationalitet är ett centralt begrepp inom exempelvis den kantianska pliktetiken. Man säger här att överväganden och vägningar ska baseras på ett förnuftsmässigt/rationellt underlag, dvs. en klar redovisning av fakta, principer och relevanta värderingar, samt att man följer vissa logiska villkor som exempelvis motsägelseprincipen för att på detta sätt nå fram till universella regler/maximer (se också superveniens). Man brukar skilja mellan medel- och målrationalt; om man uppsätter en rad regler som ökar sannolikheten för att vi uppnår vissa mål, så talar vi om medelrationalitet. För att vara rationell bör man följa vissa regler, ta vederbörlig hänsyn till fakta (evidens), acceptera vissa fakta som mer evidensunderbyggda (eller mer tillförlitliga) än andra och inte vara viljesvag, utan handla efter den strategi som man rationellt bedömer är det bästa medlet till ett uppställt mål, också när det innebär omedelbart besvär till fördel för framtida fördelar. Sedan tillkommer frågan om det finns mer eller mindre rationella målsättningar. Hume förnekade detta. Enligt Kant angav det kategoriska imperativet, som han ansåg vara en rationalitetsprincip då den följde av förnuftets påbud, vilka målsättningar som är rationellt påbudna för alla och vilka medel som är tillåtna för att leva upp till mål-

sättningen. Enligt Kant var exempelvis målet att sträva efter sin egen perfektion bindande för alla rationella varelser, eftersom utvecklandet av ens förmågor är nödvändigt för att kunna genomföra vilka målsättningar man än har, och det är irrationellt att inte vilja använda de nödvändiga medlen för de ändamål man har. I likhet med Kant förutsätter konsekvensetiken vissa rationalitetskrav, som exempelvis beredskap att acceptera handlingsalternativ som gagnar helheten (värdemaximering) även om handlingen kan gå emot personens egna omedelbara och personliga (egoistiska) intressen. Konsekvensetikern Sidgwick hävdade vidare att det är irrationellt att förneka vissa axiom om ens handlingar, som exempelvis att man inte bör föredra ett mindre gott nu framför ett större gott senare, bara för att det större goda kommer senare. Förhållandet mellan moral och rationalitet är vida omdiskuterat.

LITTERATUR: Elster 1990, Persson 2005.

Rawls, John (1921–2002) är en av 1900-talets mest inflytelserika moralfilosofer, framför allt i kraft av att ha formulerat en teori om rättvisa. Grundtanken i denna teori är att rätt går före gott. Det är ibland förbjudet att göra det som får bäst konsekvenser, eftersom det kränker människors rättigheter, och ibland är det tillåtet att göra sådant som inte har optimala konsekvenser, därför att vi bör tillerkännas vissa grundläggande friheter att utforma våra egna liv. Med andra ord förkastar Rawls konsekvensetiken till förmån för en rättighetsetik, som slår fast att vissa rättigheter bör respekteras även om det får negativa konsekvenser.

Rawls rättviseteori gäller samhällets grundläggande institutioner, dvs. de institutioner som kontrollerar och fördelar samhällets grundläggande nyttigheter. Med sådana nyttigheter avser Rawls allt sådant som man behöver i ett samhälle för att leva det liv man själv finner för gott, dvs. friheter och rättigheter, inkomster, egendom och förmögenheter och grunderna för självkänsla. Eftersom vård ibland krävs för att man ska kunna leva sitt liv gott har Norman Daniels argumenterat för att också vård är en av

de grundläggande nyttigheter som bör fördelas efter Rawls principer. Enligt Rawls bör dessa nyttigheter fördelas jämligt, såtillvida inte en ojämlig fördelning gynnar de sämst ställda. Med andra ord ska de sämst ställda ha det så bra som möjligt med avseende på grundläggande nyttigheter. Denna princip kallar Rawls för differensprincipen.

Rawls har två grundläggande argument för differensprincipen. Det ena utgår ifrån att en fördelaktig fördelning av nyttigheter i stor utsträckning är knuten till vissa gynnade positioner, exempelvis vad gäller inkomster och social status. I moderna samhällen anser vi att det ska finnas lika möjligheter att nå dessa positioner, så att möjligheten att nå dessa positioner inte ska avgöras av godtyckliga faktorer som ärftliga privilegier eller vapenmakt. Problemet är att det mesta som avgör vilken position vi hamnar på verkar godtyckligt vid närmare betraktelse. Likhet inför lagen eller formell likhet räcker inte för lika möjligheter, eftersom detta inte kan hindra att vissa gynnas av sociala fördelar som de inte själva kan rå för. Men inte heller försök att utjämna sociala omständigheter räcker för att undvika godtycke, eftersom tur i det "genetiska lotteriet" också inverkar på vår förmåga att lyckas. Med andra ord är jämlikhet den enda icke-godtyckliga utgångspunkten. Om ojämlighet även gynnar dem som har det sämst ställt kan emellertid inte ens de protestera. Därför kan ett visst mått av ojämlighet vara påkallad om det ökar samhällets sammantagna välfärd så att den kommer de sämst ställda till godo.

Det andra argumentet säger att differensprincipen är den vi skulle komma överens om givet att vi var kloka, dvs. att vi bryr oss om hur det går för oss, och opartiska. Eftersom vi sällan är vare sig det ena eller det andra utformar Rawls en hypotetisk position där vi måste vara det, något som han kallar ursprungspositionen. I ursprungspositionen garanteras opartiskheten av att ingen känner till vem han eller hon är, vilka intressen, förmågor och förmögenheter han eller hon har. Detta är viktigt eftersom vår faktiska, kända position tenderar att göra oss partiska vad gäller denna. Sedan frågar man sig

vilka principer för samhällets fördelning man skulle välja i en sådan situation. Enligt Rawls är vi inte beredda att sätta vårt enda liv på spel. Eftersom vi kan befinna oss i den sämst ställda positionen (det vet vi ju inte i tankeexperimentet), kommer vi välja den princip som gör att den sämst ställda positionen är så bra som möjligt, dvs. differensprincipen. Med andra ord säger det andra argumentet att det samhällskontrakt vi skulle ingå, om vi var opartiska eller *fair* och enbart hade det rimliga och rättvisa för ögonen, är just Rawls föreslagna.

Den som framför allt utvecklat Rawls resonemang vad gäller vård är den ovan nämnda Daniels. Han menar i Rawls anda att samhället inte har en skyldighet att göra människor lyckliga, men väl att i möjligaste mån göra dem så pass friska att de kan eftersträva sina livsplåner. Att tillfredsställa medicinska behov som är nödvändiga för liv och grundläggande funktion blir då viktigare än att satsa på lindrigare men vanliga åkommor.

LITTERATUR: Daniels 1990, Rawls 1972.

Reductio ad absurdum-argumentation

är en form av tankeexperiment som används inom empiriska och formella vetenskaper såväl som inom moralfilosofin. När exempelvis Immanuel Kant argumenterar för att man inte ska bryta ett löfte så är det utifrån resonemanget att om alla avstod från att hålla ett löfte efter eget gottfinnande så skulle ingen längre sätta tilltro till avgivna löften. Begreppet löfte skulle därmed förlora sin mening och upphöra att ha en funktion. Eftersom man inte kan vilja att maximen om att alla bör få hålla sina löften när det passar dem, ska bli en allmän lag, kan man enligt Kant inte på ett förnuftigt sätt formulera den ståndpunkten och den bör därför avvisas. Den formella strukturen i ett reductio ad absurdum-argument är att man först antar det man vill argumentera emot, t.ex. att man bör kunna avstå från att hålla löften efter eget gottfinnande, och sedan visar man att detta får absurda (icke önskvärda) konsekvenser, i det här fallet att begreppet löfte blir meningslöst, för att sedan gå tillbaka och säga att då måste

det ursprungliga antagandet vara felaktigt/in-konsistent/motsägelsefullt.

Reductio ad absurdum-argument kan typiskt tillämpas i samband med teoretiska tankeexperiment, exempelvis i Galileos fallförsök där han utgår ifrån att den aristoteliska kinematiken att tyngre kroppar faller snabbare än lättare är korrekt. Med sitt tankeexperiment kan Galileo sedan visa att den aristoteliska kinematiken leder till en motsägelse/paradox – att en sammanbunden en- och tvåkilossten faller långsammare än en ensam tvåkilossten, eftersom den lättare stenen bromsar upp den tyngre, **och snabbare**, eftersom stenarna sammanbundna väger tre kilo – och konkluderar då att den aristoteliska kinematiken inte är korrekt och mot bakgrund av detta utvecklar han sin egen lag om fallhastighet.

Reductio ad absurdum-argument kan emellertid också tillämpas inom empiriska vetenskaper i samband med konkreta experiment. Man utgår då också ifrån en vedertagen teori, exempelvis Galenos lära om blodets rörelse och utifrån detta kan man då förutsäga vilket utfall av ett givet experiment man skulle kunna förvänta sig. Om man exempelvis binder ett snöre om överarmen skulle man enligt Galenos förvänta sig att blodkärlen (venerna) skulle svälla upp proximalt från snöret Sedan observerar man vad som faktiskt händer, att blodkärl sväller upp distalt från snöret. och man kan då ifrågasätta det ursprungliga antagandet. Detta sammanfaller då med *hypotetisk-deduktiv metod* där observationen motsäger hypotesen, som man vill förkasta. I vetenskapen liksom inom logiken och moralfilosofin har reductio ad absurdum-argument haft stor betydelse.

LITTERATUR: Föllesdal et al. 2001, Johansson et al. 2008.

Reduktionism betyder vanligen att man försöker reducera en vetenskaps fenomen till något man kan förstå enbart med hjälp av en annan vetenskaps begrepp och teorier. Om psykologer försöker att psykologisera kriget som fenomen, så kan man säga att denna psykologisering är uttryck för reduktionism i det att man bortser

från krigsteoretiska referensramar. Omvänt finns det också en tendens att biologisera psykologiska fenomen så att de kan förstås i termer av neurofysiologi eller genetik, och även detta är reduktionism.

Upprinnelsen till reduktionismen kan hänföras till Newtons reduktion av den aristoteliska uppdelningen mellan en speciell himmelsk sfär, där kroppar rör sig i cirklar som är fulländade och gudomliga, och en jordisk sfär som är kaotisk och där kroppar rör sig linjärt. Med Newtons gravitationsteori får vi en teori som omfattar både den himmelska och jordiska fysiken i vilken det inte finns någon principiell skillnad, då himlakroppar som rör sig runt solen påverkas av samma kraft som när ett äpple faller till marken. Denna reduktion av den himmelska och jordiska fysiken till en och samma blev sedan en förebild/princip för hur vetenskap skulle bedrivas, och reduktionen upphöjd som princip benämns reduktionism. Viss reduktionism har inom vetenskapshistorien på detta sätt varit framgångsrik, som termodynamikens reduktion till statistisk mekanik. I viss mån har delar av kemin och astronomin reducerats till fysiska discipliner och biologin till kemin. Reduktionen av det psykiska till neurobiologi har länge varit ett projekt, där det råder delade meningar om i vilken utsträckning det är eller kan vara framgångsrikt. Inom metodologisk individualism försöker man förklara kollektiva företeelser med hänvisning till begrepp som i slutändan bara kan tillskrivas individen, som i ekonomins rational choice-teori, vilket också kan anses utgöra en form av reduktionism. Reduktionism i strikt mening är när begrepp och teorier inom ett område O1 fullständigt kan ersättas med begrepp och teorier från ett annat område O2 och där O1 endast är en delmängd av O2 eller där de begrepp och teorier som ingår i O2 antas ha en självständig existens, till skillnad från O1.

LITTERATUR: Jensen et al. 1975, Johansson et al. 2008.

Reflekterad praktiker är ett uttryck som kommer från Donald Schön som har analyserat hur representanter från olika yrken, arki-

tektekter, läkare, ingenjörer etc., arbetar med att lösa praktiska problem. Om man inte ska bli forskare och systematiskt begrunda och utveckla ny kunskap kan man i stället reflektera över vad man håller på med och detta har kanske speciellt relevans för den etiska reflektionen. Se också expertkunnande och swampy lowland.

LITTERATUR: Schön 1983.

Reflektivt ekvilibrium eller reflektiv jämvikt är ett uttryck för jämvikten mellan å ena sidan våra väl genomtänkta bedömningar av en partikulär situation/handling (exempelvis abort) och å andra sidan de olika principer och teorier vi tar i anspråk för att acceptera eller avvisa den partikulära handlingen eller typen av handling. Om det finns en obalans mellan vår partikulära bedömning av en aktuell (typ av) handling och våra generella principer eller värdesystem, så kan man återskapa balansen genom att antingen se över bedömningen, dvs. omvärdera handlingen, eller justera sina mer grundläggande etiska värderingar. Beror exempelvis bedömningen, till förmån för en handling, på att det finns skäl för handlingen eller för att man personligen har något att tjäna på handlingen? Om det sistnämnda är fallet kan mitt omdöme bero på en partiskhet som undergräver ställningstagandets trovärdighet och bör då i första hand revidera det partikulära omdömet.

Uttrycket reflektivt ekvilibrium härstammar från John Rawls, men har även vidareutvecklats, bland annat av den svenska moralfilosofen Folke Tersman. Grundtanken är att man rättfärdigar tron på sina etiska omdömen genom att omdömena ingår i ett reflektivt ekvilibrium, dvs. genom att det råder en inbördes samstämmighet mellan ens etiska omdömen. Reflektivt ekvilibrium handlar alltså om kunskapsmässig (epistemisk) underbyggnad av moraliska ståndpunkter och utgör därmed en form av *kognitivism*. Närmare bestämt ska samstämmigheten vara sådan att de mer partikulära bedömningarna ska ge stöd till de etiska principerna, som i sin tur förklarar de partikulära omdömena, i analogi med förhållandet mellan observations-satser och naturlagar. Det räcker alltså inte med

logisk konsistens för ett reflektivt ekvilibrium, utan föreställningarna ska också stå i skälrelationer till varandra eller förklara varandra.

Ofta betraktas ett reflektivt ekvilibrium både som en **metod**, där man reviderar sina etiska föreställningar i ljuset av diskussion, reflektion och erfarenhet, som tar fram interna motsättningar i ens tänkande för att eliminera dessa, och ett **tillstånd** av intern samstämmighet i ens etiska tänkande. Man brukar numera kräva att ens etiska uppfattningar också ska vara samstämmiga med ens övriga uppfattningar som hänger ihop med de moraliska. Dessa övriga uppfattningar kan röra psykologi, sociologi, biologi osv. Detta kallas för ett brett reflektivt ekvilibrium, till skillnad från ett reflektivt ekvilibrium som bara berör moraliska uppfattningar, och som kallas för snävt. Ett problem för tanken om ett reflektivt ekvilibrium är att det förstås är tänkbart med flera inbördes sammanhängande men sinsemellan motsägande ekvilibrier. Därmed verkar lika och maximalt välgrundade men motsägande föreställningar möjliga, vilket innebär en kunskapsteoretisk relativism.

LITTERATUR: Rawls 1972, Tersman 1993.

Reflexion betyder i vardagsspråket en grundlig eftertanke med mer eller mindre disciplinering av sin egen subjektivitet. Filosofiskt finns en rad andra innebörder, exempelvis kunskapsteoretiska. Självreflexion uppfattas exempelvis av John Locke (1632–1704) som ett studium av det egna själslivet (introspektion) som tillsammans med sinnedata utgör basen för våra idéer.

Regeldeontologi, se Kant.

Regelutilitarism säger att det är konsekvenserna av att följa en regel (och inte konsekvenserna av den faktiska handlingen i sig) som ligger till grund för värderingen av om handlingen är riktig eller felaktig. Om det på sikt leder till de samlade bästa konsekvenserna att alla följer regeln att alltid ge informerats samtycke vid rekryteringen av försökspersoner till kliniska försök, bör man följa denna regel. Man bör

göra detta även om det i ett konkret fall/handling skulle visa sig leda till bättre konsekvenser att inte ge adekvat information och att avstå från att inhämta samtycke. Ibland (men inte av alla) blir John Stuart Mill framställd som ett exempel på en regelutilitarist och Bentham som handlingsutilitarist.

Inte sällan kommer en regelutilitarist fram till samma slutsatser som en pliktetik som också följer regler eller maximer. Det är deras motiv eller argument för att handla på ett visst sätt som skiljer dem åt. Se vidare *utilitarism*.

Regelutilitarism sätts ofta i motsats till *handlingsutilitarism*, som bedömer enskilda handlingar efter dess konsekvenser, snarare än om de är i överensstämmelse med en regel som, allmänt efterföljd, skulle få bättre konsekvenser. Regelutilitarismen ser i stället just till *reglers* konsekvenser, om de skulle tillämpas allmänt. Om regeln tillåter handlingen, så är den riktig. Motiveringen till att man har försvarat regelutilitarism mot handlingsutilitarism brukar vara av två slag. För det första utesluter handlingsutilitarism ingen typ av handlingar, utan skulle till och med tillåta mord om det har bättre konsekvenser. Vissa anser dock detta vara en fördel med handlingsutilitarismen: Kan vi inte tänka oss omständigheter där ett mord kan vara berättigat, om det exempelvis krävs för att rädda hundra liv? Den andra motiveringen för regelutilitarismen är att konsekvenserna inte behöver bli de bästa tänkbara även om alla lyckas efterleva handlingsutilitarismen. Ta exemplet med fusk med sjukförsäkringen (det går bra med vilket exempel som helst där man gör undantag för sig själv från en allmän regel, se *parasitering*). Att just Pelle fuskar behöver inte ha några negativa effekter eftersom Pelles uttag inte påverkar budgeten för sjukförsäkringar på ett sätt så att någon drabbas, utan det blir bara positiva effekter för Pelle själv som får ersättning utan att vara sjuk. Men om alla fuskar, inklusive Pelle, skulle avstå skulle konsekvenserna bli bättre, ingen övervakning skulle behövas, försäkringskostnaderna skulle bli lägre osv. Nu säger ju regelutilitarismen att vi ska handla enligt den regel som det vore bäst om alla hand-

lade efter. Enligt regelutilitarismen bör därmed *ingen* fuska och inte heller Pelle. Detta kan verka rimligt och om alla följer regeln har det bättre sammantagna konsekvenser än om alla gör undantag för sig själva närhelst det finns en nettovinst (se också *fångarnas dilemma*). Mot detta kan handlingsutilitaristen invända att just Pelles fusk inte påverkar någon negativt (antar vi). Ingen enskild drabbas ekonomiskt, ingen vet om det och uppmuntras. Varför då avstå? Visserligen är "alla fuskar" sämre än "ingen fuskar" och "många fuskar" sämre än "få fuskar". Men steget mellan dessa alternativ tas ju inte genom att just Pelle fuskar. Det innebär inte att handlingsutilitaristen säger att det är acceptabelt med fusk i allmänhet, eftersom det ofta får dåliga konsekvenser. Men handlingsutilitarismen kan i enskilda fall tillåta avsteg från regler för enskilda individer. Antagligen får det dåliga konsekvenser om Pelle skryter om sitt fusk, som exempelvis att skrytet undergräver förtroendet för sjukförsäkringssystemet. Pelle bör därför kanske fortsätta fuska men hålla tyst om det, enligt handlingsutilitarismen. Handlingsutilitarismen kan alltså hylla en viss dubbelmoral, vilket kan ses som ytterligare ett skäl för regelutilitarismen.

Även regelutilitarismen är dock problematisk. För det första kan man undra varför man ska följa den regel som allmänt efterlevd skulle få bäst konsekvenser om det i det enskilda fallet får katastrofala konsekvenser. Förmodligen är det bra om läkare avstår från osant intygande i allmänhet, men vad ska man göra om det att avstå från att osant intyga att en ung kvinna är oskuld leder till att hon råkar ut för hedersrelaterat våld? Detta leder in på det andra problemet med regelutilitarismen, problemet med relevant handlingsbeskrivning. Problemet är att regler kan formuleras på flera olika sätt, mer eller mindre generellt. Man skulle kunna säga att "Regeln är att avstå från osant intygande så länge inte människoliv står på spel." Men varför då inte regeln: "Avstå från osant intygande så länge inte konsekvenserna blir bättre av att inte göra det"? Men då är vi tillbaka i *handlingsutilitarismen*.

LITTERATUR: Lyons 1965, Mill 1984, Tännsjö 1998(1) samt 2000.

Regenerativ medicin, se stamceller och stamcells forskning.

Reichsrundschreiben mit Richtlinien från 1931 i Weimarrepublikens Tyskland kom till som följd av några försök med tuberkulosvaccin på barn 1929. Försöken gav upphov till en del diskussion och regeringen utarbetade här efter forskningsetiska riktlinjer som gällde för medicinsk och främst klinisk forskning. Dessa riktlinjer var betydligt mer omfattande och restriktiva än både Nürnbergkoden och den senare Helsingforsdeklarationen. Riktlinjerna är av intresse därför att det sålunda var Tyskland som var först med denna typ av forskningsetiska riktlinjer som sedan helt sattes ur spel under Hitlertiden. Man var medvetna om riktlinjerna i samband med rättsprocessen i Nürnberg mot läkare som genomfört försök på människor i koncentrationslägren under andra världskriget. Anledningen till att man inte kunde använda riktlinjerna då var att de enbart gällde för patienter som omfattades av det tyska försäkringssystemet. Det var därför amerikanerna utvecklade Nürnbergkoden.

LITTERATUR: Sass 1983.

Relationsetik är ett uttryck hämtat från den litauisk-franska filosofen Emmanuel Levinas (1906–1995) som betonar att när jag som individ står ansikte mot ansikte med en annan person har jag också ett speciellt ansvar för denna person. Centralt, och primärt för Levinas, är alltså det mellanmänniska mötet, kommunikationen och relationen till en annan konkret människa, vilket är det som ligger bakom benämningen relationsetik. Levinas föreställer sig att ansiktsuttrycket är viktigt och det som appellerar till eller anropar mig. Mitt jag föds så att säga i det ögonblick jag möter en annan person. Självet uppfattas reflexivt och autonomt, som en sorts hem (i Heideggers mening) som inbjuder andra till att hälsa på (gästfrihet) i den speciella livsvärlden där den ursprungliga och autentiska tillfredsstäl-

lelsen och livsglädjen finns. Den interpersonella relationen innebär att jag bjuder på ömsesidighet utan att förvänta mig det hos den andra, men ömsesidigheten finns i alla fall.

Det finns en viss släktskap mellan Levinas och den danske filosofen Knud Ejler Løgstrups (1905–1981) relationsetik. Det är speciellt inom omvårdnadsforskning som relationsetiken, inspirerad av både Levinas och Løgstrup, spelat en roll, exempelvis vid förståelsen av en annan människa med stroke som har svårt att kommunicera med ord. Se också *närhetsetik*.

LITTERATUR: Kemp 1992, Levinas 1992, Sundin et al. 2000.

Relativa plikter, se imperfekta plikter och hypotetiska imperativ.

Relativism innebär i allmänhet att något är giltigt enbart i relation till något som kan variera. Om någon säger att "Jorden rör sig" så menar hon nog att detta är giltigt i förhållande till solen men inte till henne själv (om hon inte befinner sig på platsen för ett jordskalv). Relativism i etiskt sammanhang innebär ofta tesen att etiska principer, regler, plikter eller normer har sin giltighet i relation till den eller de som hävdar dem. Den enklaste formen av relativism säger att moraliska påståenden är giltiga i kraft av att en person hävdar dem. Om jag säger att demokrati är bra så betyder det inget mer än att jag anser att demokrati är bra eller att jag gillar demokrati. Enligt denna uppfattning är då moraliska påståenden inget annat än rapporter om ens egna gillanden och tyckanden, och all oenighet i moralfrågor är skenbar. En annan variant av relativism säger att moraliska utsagors giltighet är relativ sitt kulturella och historiska sammanhang. Etisk relativism innebär alltså antagandet om att det inte kan finnas universella eller absoluta etiska normer, principer eller plikter. Etiska riktlinjer och normer anses alltså vara i första hand sociala konstruktioner och mer eller mindre förnuftsbaseerade beroende på hur mycket utrymme kulturen lämnar till ett kulturoberoende förnuft, om nu relativisten ändå tror på ett sådant.

Etisk relativism som den definierats här ska inte sammanblandas med sociologisk relativism, dvs. att det faktiskt finns värderings- och normmässiga skillnader mellan kulturer och över tid. Denna iakttagelse är föga kontroversiell, till skillnad från relativismen som ju inte bara hävdar att skillnader finns, utan att också normer är giltiga i de kulturer de ingår i, i kraft av att de ingår i dem. En relativistisk uppfattning av etiken kan kontrasteras mot *icke-kognitivism* och *emotivism*, enligt vilka det inte finns några giltiga normer eller värderingar alls. Det hävdar ju relativismen att det gör, men deras giltighet är avhängig av olika värderares faktiska värderingar. Vidare förnekar relativisten *universalistiska* moralteorier, som hävdar att det finns giltiga moralpåståenden oberoende av moraluppfattningarna hos personer eller kulturer, exempelvis *naturrättsliga*, *kantianskt pliktetiska* och (vanligtvis) *konsekvensetiska* moraläror. Även *fallibilistiska* uppfattningar av etiken är svåra att förena med renodlade former av relativism, som den ovan nämnda subjektivismen. Om ett moralomdöme är giltigt enbart i kraft av att du omfattar det kan du bara ha fel om det, givet att du har fel om dina egna uppfattningar. På samma sätt blir det med kulturrelativism, enligt vilken du exempelvis bara kan ha fel om att abort är fel om du har oriktiga föreställningar om vad som är den allmänna uppfattningen i din kultur. En fallibilistisk uppfattning av etiska principer innebär därmed inte att man måste acceptera en relativistisk uppfattning. Detta innebär vidare att tolerans och relativism inte är så enkla att förena som många tänkt sig. Om det ingår i ens kulturs värderingar och normer att man inte ska vara tolerant blir det svårt för en relativist att argumentera för att detta ska vara ett viktigt överordnat värde för alla, eftersom en relativist inte kan kräva konsistent etisk argumentation för övergripande normer med mindre än att detta redan är en del av de befintliga kulturerna. Man kan förstås tänka sig mer subtila former av relativism som ger ett visst utrymme för intra- och interkulturell moralkritik. Se också *postmodernism*.

Rent spel är den svenska översättningen av fairness eller fair play.

Reproduktiv kloning, se även assisterad reproduktion, kloning, somatisk kärnöverföring, stamceller och stamcells forskning.

Resursanvändning, se prioritering.

Revolutionär vetenskap, se vetenskapligt paradig.

Riktighetskriterium är en term som används om formuleringar som anger vad som gör en handling rätt eller fel. Exempelvis utilitarismen, enligt vilken en handling är riktig om och endast om inget alternativ har bättre konsekvenser, och pliktetiken, som menar att en handling är riktig om den är i enlighet med en maxim som kan upphöjas till allmän lag, formulerar riktighetskriterier. Även inom dygdetiken kan man tala om riktighetskriterium då man säger att en handling är riktig om och endast om en fullständigt dygdig person skulle råda mig att utföra den. Riktighetskriterier kan kompletteras med beslutsmetoder, som anger konkreta strategier för att uppnå riktighetskriteriet. Se också beslutsmetod och Hare.

Riskbruk är ett begrepp som utvecklats inom allmänmedicinen. Det är ett uttryck som används när man träffar en patient med en relativ stor konsumtion eller bruk av alkohol men där det inte har utvecklats till ett regelrätt missbruk. Om man använder screeningmetoder för att undersöka alkoholvanor och då frågar om kvantiteter av konsumerad alkohol, så kan man uppnå precis det motsatta till vad man avser. Detta beror på att om patienten upplever att man misstänker missbruk så kan frågan uppfattas insinuant och potentiellt kränkande och all vidare kommunikationen kan blockeras. Detta hänger bland annat samman med att diskussioner om alkoholkonsumtion är tabubelagda. Därför har man inom allmänmedicin utvecklat en strategi som utan att kränka patienten kan hjälpa denna på sina egna premisser. På så sätt

är metoden intressant även ur etisk synvinkel och kan ses som en form av etisk kreativitet.

Patienter med riskbruk söker ofta sin allmänläkare för olika symtom som i många fall kan vara relaterade till alkoholkonsumtionen. Det kan vara huvudvärk, migrän, trötthet, sömnsvårigheter, humörsvängningar, en upplevelse av ökad irritabilitet, förhöjt blodtryck som fluktuerar. När man utrett patienten utan att man hittat några orsaker till symtomen kan man utan att fråga om alkoholvanor berätta att vi som människor är konstruerade olika så att några tål mycket alkohol och andra mindre. De som är mer intoleranta kan utveckla symtom som liknar dem som patienten uppvisar och som kan uppkomma även vid mindre konsumtion. Man frågar härefter patienten om han/hon kan tänka sig att genomföra ett experiment där patienten under två veckor halverar sin alkoholkonsumtion. Man har på detta sätt helt undvikit alla insinuationer om att patienten har alkoholproblem och risken för att patienten ska tro att läkaren uppfattar patienten som alkoholist. Går patienten med på att genomföra experimentet så kan han/hon själv uppleva att symtomen minskar om de är relaterade till alkoholkonsumtionen och patienterna har ofta på eget initiativ helt slutat med alkohol när de kommer på återbesök två veckor senare. Man har på detta sätt fått patienten att själv ta initiativet och framför allt undvikit att moralisera, vilket är en strategi som varken patienten eller läkaren känner sig komfortabel med. Se även *patientcentrerad medicin* och *etisk kreativitet*.

LITTERATUR: Hedberg 2006.

Rättigheter motsvaras alltid av och definieras därför lämpligast i termer av andras skyldigheter eller förpliktelser att göra eller inte göra något mot rättighetsinnehavaren. För att analysera en rättighet krävs kännedom om vem som har rättigheten, vad det är en rätt till eller från och vad det är för slags rättighet.

Till att börja med bör man skilja på *negativa* och *positiva rättigheter*. Både negativa och positiva rättigheter svarar alltid mot andras förpliktelser. Negativa rättigheter svarar mot andras

plikter att avstå från att göra vissa saker, och positiva rättigheter svarar mot andras förpliktelser att göra vissa saker, dvs. att det är fel av andra att handla så att de hindrar en från att ha eller göra något (negativa rättigheter), eller det är fel av andra att avstå från att hjälpa en (positiva rättigheter). Exempelvis kan en rätt till liv innebära en plikt för andra att inte ta ens liv (negativ rättighet) eller en plikt för andra att hjälpa en kvar i livet (positiv rättighet). Vidare bör man skilja på *prima facie*-rättigheter och absoluta rättigheter. Prima facie-rättigheter kan övertrumpas av andra etiska överväganden. Exempelvis kan rätten att yttra sig övertrumpas av vikten att få ha ett privatliv där alltför personliga fakta om en själv inte får publiceras utan samtycke. Absoluta rättigheter får aldrig övertrumpas, och det är alltid fel att överträda dem. Det är kontroversiellt huruvida absoluta rättigheter alls är försvarbara.

Ibland när man talar om rättigheter är man snarare ute efter moraliska friheter, att det är moraliskt tillåtet för en person både att göra och att avstå från att göra något, exempelvis att spela gitarr eller titta på TV på sin fritid. Det är uppenbart att man kan ha negativa eller positiva rättigheter utan att ha moraliska friheter. Exempelvis kan man ha rätt att göra vad man vill med sin egendom, t.ex. sina gamla kläder, i den meningen att det vore fel av andra att hindra en från att göra vad man vill. Däremot är man kanske inte moraliskt fri, och det vore fel av en att bränna dem i en tunna snarare än att ge bort dem till någon som behöver dem mer, exempelvis någon som skulle frysa ihjäl annars. Detta är alltså en negativ rättighet att göra vad jag vill med mina kläder, men det behöver inte samtidigt finnas en moralisk frihet att göra det. Uppenbart är att västerländska samhällens juridiska system lägger stor vikt vid denna skillnad. De tillerkänner folk rätten att inte hindras från att göra saker som ofta är moraliskt tveksamma eller felaktiga, exempelvis att lägga pengar på cigaretter och whisky i stället för att skicka dem till Röda korset.

Man kan också tänka sig att man har rätt att göra saker i bemärkelsen att man har moralisk

frihet att göra dem, utan att det är fel av andra att hindra en. Ta t.ex. krigsfångens flykt från ett läger. Det kan vara moraliskt tillåtet för fången att försöka fly och att låta bli, utan att det för den skull behöver vara orätt av fångvaktarna att försöka hindra honom från att fly.

Ibland när vi talar om rättigheter, talar vi om moraliska friheter och många gånger talar vi om negativa eller positiva rättigheter. Ibland bakar vi också ihop moraliska friheter och positiva eller negativa rättigheter, t.ex. yttrandefrihet, som kan tänkas innefatta både den negativa rättigheten att inte hindras och att det samtidigt är moraliskt tillåtet att yttra sig och att låta bli. Eller exempelvis rätten till vuxenutbildning, som kan tänkas innefatta både den positiva rättigheten att få hjälp och att det samtidigt är moraliskt tillåtet att utbilda sig och att låta bli.

Det är vidare viktigt att skilja på moraliska och juridiska rättigheter. Vad gäller positiva och negativa rättigheter är det visserligen naturligt att tänka sig att de ska implementeras av samhälleliga institutioner, t.ex. den negativa rätten till liv eller den positiva rätten till bostad. Detta är dock inte självklart. Det är en sak att säga att det är fel av andra att hindra en från att t.ex. yttra sig. Det är en annan sak att säga att du eller någon annan, framför allt staten, därmed har en rätt att hindra den som försöker hindra dig med hot om sanktioner. Så det följer inte självklart, bara för att man har en positiv eller negativ rättighet, att den bör skyddas av samhället.

I svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning omtalas inga positiva rättigheter till vård, med undantag av abort, sterilisering och information om hälsotillstånd. Däremot anses sjukvården ha en skyldighet att tillgodose en patients medicinska behov, givet att det finns medicinsk indikation för behov och resurser finns. Därmed medger man i praktiken vissa rättigheter till vård, eftersom rättigheter just består i andras skyldigheter gentemot en, även om man dragit sig för att använda det språkbruket. Vilka gränserna för dessa rättigheter är sammanfaller med frågan om vad sjukvården bör utföra och varför, alltså en av den medicinska etikens

mest centrala frågeställningar. Se också *mänskliga rättigheter*.

LITTERATUR: Juth 2005, Wolff 1991.

Rättighetsetik är uppfattningen att det finns handlingar som är förbjudna (eller tillåtna), inte för att de är felaktiga i kantiansk eller konsekvensetisk mening, men därför att de annars skulle kränka en persons rättigheter. Att respektera en persons rättigheter förutsätter sålunda att den andra personen har skyldighet att respektera rättigheter, eftersom rättigheter alltid motsvaras av skyldigheter. Om du exempelvis har en rätt till liv, så motsvaras den av andras skyldighet att inte ta ditt liv (om det är en negativ rättighet, som motsvaras av andras skyldigheter att avstå från att göra saker mot rättighetsinnehavaren) och åtminstone någon annans skyldighet att hjälpa dig att fortsätta leva (om det är en positiv rättighet, som motsvaras av andras skyldighet att göra något för rättighetsinnehavaren). Mina rättigheter får dock inte gå ut över andras motsvarande rätt att få sina rättigheter respekterade.

Rättigheter i den här bemärkelsen har inget med juridisk rätt att göra. Det är frågan om moralisk rätt och den som hindrar mig att utöva min moraliska rätt att exempelvis dra tillbaka ett givet samtycke till frivillig vård handlar orätt, även om handlingen skulle vara i överensstämmelse med lagstiftningen, exempelvis smittskyddslagstiftning, enligt rättighetsetiken. Rättighetsetiken har därmed stora likheter med *pliktetiken*, eftersom de är överens om att det inte alltid är tillåtet att göra allt som får bäst konsekvenser, till skillnad från konsekvensetiken. Rättighetsetiken grundlägger dock dessa skyldigheter eller plikter i andras rättigheter. Skälet till att det är fel att exempelvis kränka någons rätt till *autonomi* är inte att det strider mot det *kategoriska imperativet* eller dylikt, vilket många plikteriker skulle hävda, utan att det strider mot vissa rättigheter.

Det finns olika versioner av rättighetsetik. De rättigheter som de flesta rättighetsetiker brukar framhålla handlar om rätten till sig själv, sitt liv och förfogandet över sin egen kropp samt sina

talanger. (Vi ska inte här diskutera rätten till förvärv av ting och egendom vilket en stor del av den moderna rättighetsetiken handlar om). Rättighetsetiken har relevans för bland annat diskussionen av exempelvis kvinnans rätt till att förfoga över sin egen kropp och därmed möjligheten att göra abort och det oberoende av om vi konsekvensetiskt eller pliktetiskt anser att en sådan handling är fel (se *feministisk etik*). Likaså är självmord eller rätten till att ge upp våra liv, dvs. dödshjälp på en patients uttryckliga begäran, helt i överensstämmelse med rättighetsetiken. En person har också rätt att förstöra sitt liv genom exempelvis drogmissbruk eller våghalsigt leverne så länge det inte går ut över andras rätt att göra detsamma. Ett samhälle som griper in och vill förebygga drogmissbruk, prostitution eller risktagande som är ett uppenbart hot mot hälsan, exempelvis professionell boxning, handlar enligt rättighetsetiken *paternalistiskt*. Grundtanken i rättighetsetiken är alltså att man har moralisk rätt att göra allt som inte kränker någon annans rättigheter. Vuxna *beslutskapabla* individer får därmed komma överens om vad som helst med varandra så länge de inte kränker någon annans rättigheter. Men det är enligt rättighetsetiken fel att döda en annan människa om detta sker mot personens vilja, även om man på detta sätt skulle kunna rädda ett stort antal andra människor, vilket skulle kunna vara acceptabelt enligt en konsekvensetisk kalkyl. Rättigheter utgör därmed vad rättighetsetiker kallar för sidorestriktioner. Det är fel att kränka andras rättigheter, även om det medför mycket gott eller till och med om en viss rättighetskränkning förhindrar fler rättighetskränkningar i framtiden. Rättighetsetiken ger därför ett klart svar på *pacifistens dilemma*: det är fel skjuta en för att få någon annan att avstå från att skjuta tio. Vissa moderna rättighetsetiker menar dock att rättigheter är *prima facie*, och om tillräckligt stora värden står på spel kan det vara rätt att kränka en rättighet. Se *rättigheter*.

En framstående företrädare för en långtgående version av rättighetsetik är den amerikanska filosofen, Robert Nozick (1938–2002), som

förespråkar ett liberalt samhälle med minimal statlig styrning, en s.k. nattvaktarstat. Nozick trycker hårt på att rättigheter är sidorestriktioner och verkar därmed se rättigheter som absoluta. Vidare menar han att det i grunden bara finns negativa rättigheter, och alla har en skyldighet att avstå från att beröva andras liv, kroppar och egendom, men ingen har någon skyldighet att hjälpa varandra, om man inte frivilligt kommit överens om det. Alla positiva rättigheter måste därmed vara ett resultat av frivilliga kontrakt, enligt Nozick. Den svenska moralfilosofen Torbjörn Tännsjö (TT) berättar om ett möte med Nozick där TT frågade om han hade rätt att ingå ett kontrakt med Peter Wallenberg och sälja sitt hjärta för fyra miljoner kronor i fall Wallenberg skulle vara i behov av en hjärtransplantation i ett senare skede. „Skulle TT då vara skyldig att ge Wallenberg sitt hjärta om han behövde det? Nozick ansåg att TT både hade rätt att ingå ett sådant avtal (om staten lade sig i skulle det vara illegitim statlig paternalism) samt att TT var skyldig att, eftersom han mottagit de fyra miljoner kronorna, också ge Wallenberg sitt hjärta den dagen då han behövde det. Handel med organ skulle alltså enligt Nozick vara acceptabelt om det var en handel som skedde med de inblandade personernas ömsesidiga samtycke. Problemet här är att de som säljer sina organ på detta sätt ofta är i ett ekonomiskt underläge, och man kan fråga hur fritt valet då är att ingå avtal.

I sin klassiska form gick rättighetsetiken ut på att enbart omfatta beslutskapabla män, men i den moderna formen har även beslutskapabla kvinnor inkluderats. Man har dock även kvalificerat personbegreppet ytterligare genom kriterier som exempelvis självmedvetande, begrepp om framtiden, det förflutna (självbioGRAFIN) och kommunikationsförmåga. Den engelska filosofen John Locke definierade exempelvis en person som ”en intelligent tänkande varelse som besitter förnuft och reflexionsförmåga och kan betrakta sig själv som sig själv, samma tänkande entitet, vid olika tidpunkter och platser.” Men man kan fråga sig: Hur bör vi då förhålla oss till människor eller djur som inte

är beslutskapabla eller har sådana personliga egenskaper? Hur förhåller sig rättighetsetikern till embryon, foster, små barn, människor med psykiska funktionshinder, patienter som lider av svår demenssjukdom och djur? Att de kan känna smärta eller njutning har ingen relevans. De omfattas enligt rättighetsetiken därför inte av moralen och därför torde exempelvis abort vara oproblematiskt även av detta skäl, även om det finns rättighetsetiska försök att omfatta foster med hänvisning till att de är potentiella människor (se *potentialitetsargumentet*). Andra människor och djur som inte omfattas av moralen är dock helt beroende av välviljan hos de personer som omfattas av moralen, annars skulle de kunna överges. En rättighetsetiker skulle försvara sig med att om samhället helt igenom var baserat på rättighetsfilosofin så skulle människor vara mera medkännande och givmilda, men eftersom vi i vårt samhälle, eller de flesta samhällen, ständigt får våra rättigheter systematiskt kränkta så kan man inte förvänta sig att de beslutskapabla människorna ska vara så medkännande och generösa. Många skulle vidare vilja hävda att exempelvis djurplågeri är moraliskt problematiskt inte för att det är ett uttryck för bristande välvilja från vår sida, utan för att det tillfogar djuret lidande. Se också *FN:s mänskliga rättigheter*, *patienträttigheter* samt *negativa* och *positiva rättigheter*.

LITTERATUR: Dworkin 1977, Juth 2005, Nozick 1974, Thomson 1990.

Rättvisa inom sjukvården liksom i allmänhet handlar om hur man bör fördela fördelar och bördor (distributiv rättvisa). Rättvisa är, liksom autonomi, ett positivt värdeladdat begrepp med kontroversiell innebörd. Alla är överens om att vi bör ha rättvisa, men det råder delade meningar om vad rättvisa innebär. Inte heller råder enighet kring hur tungt rättviseaspekten bör vägas när den hamnar i konflikt med andra överväganden som samhällsnytta eller frihet.

Rättvisebegreppet har dock en betydelsekärna inom vilken det råder bred konsensus. Den kanske viktigaste idén som alla rättviseuppfattningar är överens om, är att *lika fall ska behandlas*

lika, ibland kallad den formella rättvisepri-ncipen. Frågan är då vilka fall som bör räknas som lika, dvs. vilka skillnader som är relevanta och inte. Förslagen här är lika legio som de är sinsemellan oförenliga: fördelningen ska vara efter *förtjänst*, efter *behov*, sådan att de sämst ställda får det så bra som möjligt (se *Rawls*), sådan att samhällets välfärd maximeras (se *utilitarism*), ett resultat av ett fritt byte på marknaden (se *Nozick*), eller efter förhandling mellan inblandade parter. Moralfilosofen Walzer har också föreslagit att lämpliga principer växlar efter tillämpningsområde. Det råder vidare oenighet bland rättviseteoretiker om *vad* som ska fördelas, vad som så att säga är rättvisans föremål. Generellt är det fråga om fördelar eller nyttigheter, som exempelvis vård eller resurser, respektive nackdelar eller bördor, som exempelvis sjukvårdskostnader eller väntan på vård.

En mycket omdiskuterad fråga är i vilken omfattning *förtjänstprincipen* ska gälla när vi *prioriterar* sjukvårdsinsatser. Enligt denna princip bör vi hållas ansvariga för sådant vi själva väljer, eller för sådant som utgör en förutsebar konsekvens av valet. Förtjänstprincipen sätts ofta i samband med idén om lika möjligheter. Tanken är ungefär följande. I det moderna, västerländska och marknadsliberala samhället tävlar vi om gynnade positioner, som är knutna till en fördelaktig fördelning av grundläggande nyttigheter (som inkomst och status). För att utfallet i tävlingen ska vara rättvist måste alla ha lika möjligheter att lyckas i tävlingen, och omständigheterna får inte missgynna någon. Det finns tre olika tolkningar av hur utjämnade omständigheterna ska vara för att vi ska ha lika möjligheter: (a) frånvaro av lagliga hinder för alla att besitta gynnade positioner (formella, lika möjligheter), (b) eliminering av informella hinder grundade på kön, etnicitet, sexuell läggning och så vidare, och slutligen (c) eliminering av omständigheter (eller effekterna av omständigheter) som personen inte själv råder för, men som kan påverka hennes framgång i tävlingen om gynnade positioner i samhället, dvs. eliminering av otur i det samhälleliga lotteriet, till exempel nackdelar på grund av famil-

jebakgrund och socioekonomiska omständigheter, och i det naturliga lotteriet, till exempel nackdelar på grund av gener.

Rawls har hävdatt att vi har lika möjligheter i en moraliskt fullödig bemärkelse enbart om vi går ända till (c) i utjämning av omständigheter. Då avgörs nämligen människors position av deras val, snarare än av omständigheter de själva inte kan påverka. När vi utjämnat för sociala och naturliga omständigheter har vi kvar ett mått på vad individen själv bidrar med. Det är just detta som är vad personen är berättigad till, kan göra rättmätiga anspråk på eller förtjänar. Tolkad på detta vis leder förtjänsttanken in på ett ideal om långt gången jämlikhet. Ingen ska behöva lida stora nackdelar av sådant de drabbas av utan egen förskyllan. Tanken är lätt att överföra till sjukvårdssammanhang. I den mån ens ohälsa är ett resultat av val som man själv råder för har man inte samma rätt till vård. Man ser på resonemanget hur svårt det är att tillämpa i praktiken, och hur ska man avgöra vad som inte är ett resultat av arv och miljö man inte råder över? Se också *behovsprincipen*, *jämlikhet*, *prioriteringar* och *rättvisepri-ncipen*.

LITTERATUR: Arthur 1991, Daniels 1990, Rawls 1972.

Rättvisepri-ncipen inom medicinen/sjukvården i Sverige i dag säger att patienter med samma sjukdom, symtom eller tillstånd bör utredas och behandlas lika, oberoende av kön, ålder, etnisk tillhörighet, hudfärg, förmåga att uttrycka sig (autonomiaspekter), position i samhället eller orsakerna till tillståndets uppkomst. Detta är dock inte alltid helt enkelt och inte heller helt oproblematiskt. Det finns exempelvis flera modeller för hur man ska gå till väga om exempelvis resurserna för att bedriva sjukvård är begränsade (se *prioritering*). Det finns en diskussion om huruvida patienter med livsstilssjukdomar ska behandlas på annat sätt än patienter med sjukdomar eller tillstånd där de själva inte har påverkat utfallet, alltså fördelning i enlighet med en förtjänst- eller ansvarsprincip. Man kan exempelvis argumentera för att vid alkoholrelaterade symtom eller

nutritionsrelaterade viktproblem har patienten i princip en möjlighet att påverka sina symtom, medan detta inte är möjligt om det rör sig om genetiskt betingade symtom eller sjukdomar. Orsaken eller orsakerna till tillståndet förs på detta sätt in som relevanta fakta i diskussionen, och det är då underförstått att den som själv har orsakat sitt tillstånd bör behandlas annorlunda (exempelvis inte ges samma hjälp) än den som drabbats av en sjukdom där denne själv inte haft möjlighet att påverka utfallet. Frågan är dock om orsakssambandet är färdigdiskuterat kring den patient som lider av exempelvis leverskrumpning som en följd av hög alkoholkonsumtion. Om alkoholintaget inte är ett välgrundat och medvetet livsval, utan är en sorts egenvård/ behandling av ångest eller depression, så kan man fråga sig i vilken mån en sådan patient är ansvarig för sitt tillstånd. Man ärver också sin sociala miljö och har man inom samma familj sett att man här löser sina problem med alkohol, är det kanske inte så underligt att en sådan patient inte fått annan och mer adekvat hjälp i ett tidigare skede. Det är i alla fall svårt att entydigt säga att en sådan patient är ansvarig för sitt ohälsotillstånd. Detta är ett av skälen till att man i svensk prioriteringsdiskussion har sagt att orsaken till tillståndet/ sjukdomen inte bör beaktas när man bedömer en patients behov av medicinsk hjälp/ behandling.

En annan rättvisaspekt som också har diskuterats är hur man ska se på åldersfrågan. Är det eller bör det vara etiskt neutralt att behandla en 80-åring lika mycket som en 10-åring om vi ex-

empelvis ska prioritera. Om vi tänker oss att vi i en prioriteringssituation står inför valet att ge exempelvis HIV/aids-medicin (eller dialys) till en 80-åring och en 10-åring, har ålder då ingen betydelse, allt annat lika? Man kan i sådana situationer, och ofta vill den äldre patienten själv låta barnet få behandlingen, argumentera för att den äldre personen har levt ett långt liv, kanske med god livskvalitet och kanske inte har så lång tid kvar, medan 10-åringen knappt har börjat sitt liv och med behandling har möjlighet att leva många år med relativ god livskvalitet. Därför skulle man alltså kunna appellera till den äldre att avstå från behandling till förmån för den yngre. Ett jämlikhetsresonemang med hänvisning till utjämnande av chanser till livs-sår talar således för att prioritera 10-åringen. Dock kan den äldre ju framföra argumentet att han/hon under hela sin levnadstid har betalat in skatt och inte tidigare varit sjuk, och sålunda borde han/hon få gå före 10-åringen som inte har betalat något ännu. Detta är ett typiskt förtjänstresonemang.

Även om rättvisepri-ncipen gäller och bör gälla så finns det i praktiken en rad problem i den praktiska tillämpningen och där en rad outtalande värderingar sannolikt finns inom sjukvården. Olika sjukdomar, tillstånd och specialiteter har varierande prestige, och exempelvis rankas leverskrumpning mycket lågt vilket indikerar att det finns sådana outtalande värderingar i vården. Se *prioritering* och *sjukdomars prestige*.

LITTERATUR: Beauchamp et al. 2001, Gillon et al. 1994, SOU 1995.

S

Samtyckeskapabel inom sjukvården innebär att en patient eller försöksperson har förmågan att, mot bakgrund av att ha fått adekvat information, kunna ge sitt medgivande eller avslag till erbjuden utredning, behandling, deltagande i undervisning eller forskning. Att vara samtyckeskapabel innebär sålunda att man har en viss grad av autonomi, och är autonomi ned-satt eller tillfälligt (medvetlöshet) eller permanent (ett persisterande vegetativt stadium) satt ur spel är patienten inte samtyckes- eller beslutskapabel. Dessa uttryck används ofta synonymt, men bör åtskiljas, eftersom man kan vara kapabel att fatta vissa beslut utan att vara kapabel att fatta beslut om samtycke till vård eller forskning och omvänt. Patienten som i livets slutskede inte är samtyckeskapabel kan ändå via livssluts- eller vårdriktiv ha meddelat att han/hon är införstådd med att exempelvis donera organ eller donera sin kropp för undervisning vid dissektionskurser. Se också livstestamente.

Om en patient inte är samtyckeskapabel och det inte finns några klara direktiv för hur eller vad patienten skulle ha samtyckt till får andra vikariera ett samtycke. Detta gäller för barn under en viss ålder, och det gäller patienter som lider av demenssjukdomar där patienten inte längre anses vara beslutskapabel. Det gäller också för patienter som lider av psykisk sjukdom där patienten kan antas inte veta sitt eget bästa, exempelvis på grund av vanföreställningar eller hallucinationer. Även i sådana fall bör annan person gå in och ta vara på patientens intressen och i vissa fall i patientens ställe samtycka till utredning, behandling eller forskning. Inom psykiatri har man sedan länge haft stödpersoner som dock inte är legala vikarierande beslutsfattare. De kan många gånger vara ett

stöd för vårdpersonalen då den är i tvivel om patientens åsikter, önskemål och värderingar.

Ett problem som ofta lyfts fram är gränsdragningsproblematiken. Den aktualiseras exempelvis i samband med beslut i livets slutskede. Hur höga eller låga bör vi ställa kraven på beslutskompetens om vi ber en patient att ta ställning till exempelvis fortsatt palliativ sedering? Bör en patient som begär dödshjälp på grund av ett outhärdligt lidande automatiskt betraktas som psykiskt sjuk och beslutsinkapabel? Om vi ställer kraven för höga så riskerar vi att av paternalistiska skäl att låta göra gott- och icke skada-principen regera i situationer där autonomiprincipen borde ha regerat. Om vi ställer för låga krav riskerar vi att låta autonomiprincipen regera i situationer där göra gott- och icke skada-principen borde ha regerat. Se även *beslutskapabel*.

LITTERATUR: Beauchamp et al. 2001, Tännsjö 2002.

Samvete är vanligen ett uttryck för en sorts inbyggd rättskänsla som säger oss vad som är rätt och fel, gott och ont. Enligt kristendomen (Paulus) är samvetet en storhet som Gud har nedlagt i människan för att denna ska kunna känna vad som är gott och ont samt rätt och fel. Om man handlar fel fungerar samvetet på så sätt att man känner skuld eller skam (får dåligt samvete) och handlar man rätt kan man uppnå ett gott samvete. Dock kan man handla fel med gott samvete om man inte inser vad som är fel, vilket enligt Thomas av Aquino ger upphov till en grundläggande etisk konflikt, eftersom det är påbudet att handla samvetsenligt. Samvetet, framför allt ett dåligt samvete, har, med arvsyndens som kronisk skuldskänsla, fungerat som motiv för tron inom den protestantiska

kyrkan (se protestantisk etik). Samvetet kan också anses vara ett resultat av framför allt uppfostran ("det man fått med modersmjölken") och ett uttryck för internalisering av de kulturella och sociala normer som gäller i det aktuella samhället. Det finns i detta avseende en viss likhet mellan samvetet och det vi kallar intuitionen, som ibland framställs som en sorts moralisk kompass. Men vissa anser att samvetet är medfött och att exempelvis samvetlöshet är en avvikelse (anomali) som kan vara betingad av olika typer av dåliga (livs-)händelser.

Ordet samvete refererar till ett gemensamt vetande eller gemensamma erfarenheter (jämför engelskans conscience). Om man utbildat sig till läkare eller sjuksköterska och under ett antal år haft erfarenheter av sjukvården så utvecklar man också ett gemensamt kunnande som även omfattar värden och normer. Om jag har dåligt samvete så kan det alltså bero på att det ena samvetet, exempelvis det som jag utvecklat under min uppfostran från barn till vuxen, kommer i konflikt med det andra samvetet, som jag utvecklat (eller håller på att utveckla) inom sjukvården. Samvetet är alltså dels personligt och beroende av vår kulturella bakgrund och de erfarenheter som vi fått under den första delen av våra liv, dels kan det också vara beroende av våra senare erfarenheter i livet och kan utvecklas i andra riktningar beroende på om vi jobbar inom sjukvården eller exempelvis inom näringslivet.

Om man hamnar i en situation där det uppstår en konflikt mellan en persons professionella och privata samvete – man talar ibland om samvetstress – så kan personen ifråga behöva justera antingen sin privata moral eller sin professionella. Samvetstress kan också uppstå om ens *etiska ideal* är högre än vad man faktiskt klarar av. En harmonisk person kan sålunda karakteriseras som en som lyckats skapa balans (ekvilibrum) mellan det privata samvetet och det professionella. Är man medveten och har reflekterat över sina samveten kan man här metaforiskt tala om *reflektivt ekvilibrum*.

LITTERATUR: Böjesen et al. 1979.

Samvetsklausul är när sjukvårdspersonal förbehåller sig rätten att inte medverka eller ge behandling som de själva (privat) anser vara moraliskt fel. Om jag anser att det är fel att medverka vid abort så innebär acceptandet av en samvetsklausul att jag har rätt att inte medverka vid abort eller abortrelaterade åtgärder. När den fria aborten infördes 1975 fanns det en del gynekologer som ansåg att abort var fel och vägrade att medverka. Andra gynekologer ansåg att abort var acceptabelt och ställde upp. Så länge det fanns tillräckligt med läkare som kunde tänka sig att ställa upp spelade det mindre roll att det fanns några som av samvetsskäl inte ville medverka. Så småningom blev det dock färre och färre gynekologer och barnmorskor som av samvetsskäl vägrade medverka vid abort – vill man i dag inte medverka som läkare eller barnmorska så väljer man kanske inte att bli gynekolog eller barnmorska.

Det finns en diskussion om huruvida de som arbetar inom sjukvården ska ha lov att använda en samvetsklausul i olika situationer där patienters rättigheter och/eller behov ifrågasätts. Om ett samhälle bestämmer att abort är fel och därför inte tillåter sjukvårdspersonal att hjälpa kvinnor som vill ha abort, så kan en läkare uppleva samvetstress ifall läkaren anser att han/hon borde hjälpa den aktuella patienten och kanske till och med handla mot lagstiftarnas vilja. Men om samhället accepterar abort och kvinnan har en rätt till legal abort så är frågan om man ska acceptera att exempelvis läkare ska ha rätt att säga nej och kanske till och med hindra kvinnan att få hjälp av andra. Här får man alltså skilja mellan om en åtgärd är önskad av patienten och sanktionerad av samhället, och läkarens rätt till att inte medverka i behandling som ligger i patientens intresse. Om en läkare eller sjuksköterska som av samhället skulle bli uppmanad att medverka till en systematisk utrotning av patienter som samhället anser tar mer än de när, så skulle de flesta nog anse att detta var ett skäl för en samvetsklausul, som skulle vara både yrkesetiskt och privat motiverad. Skillnaden mellan denna situation och en situation där läkaren eller sjuksköterskan väg-

rar att medverka vid abort är att det i det sista fallet sker på patientens begäran och i första fallet sker det på samhällets begäran och helt emot patientens begäran och intressen. Den engelska medicinetikern och läkaren Julian Savulescu har argumenterat för att läkare inte bör kunna hänvisa till samvetsklausuler i fall där detta är i strid med patientens intressen, men att samvetsklausuler är tillämpbara i situationer där en åtgärd är i strid med patientens intressen.

LITTERATUR: Savulescu 2006.

Samvetslös är vanligen en beteckning för en person som handlar oförsvärligt, utan att först ha konsulterat sitt samvete, oberoende av om handlingen är ett uttryck för en spontan eller intuitiv känsla eller en mer reflekterad strategi. Vissa individer med personlighetsstörningar kan uppfattas som samvetslösa antingen för att de saknar empatisk förmåga eller därför att de inte har förutsättningar för att utveckla ett samvete eller en egen moral. Samvetslös kan också beskriva en person som har förbrukat sitt samvete därför att personen handlat fel så många gånger att han inte längre känner skuld eller skam. Det har beskrivits hur soldater genom systematisk träning kan desensibiliseras och förmås att i krigssituationer skjuta där de flesta utan denna träning skulle ha avstått. Om man väljer att benämna det som samvete eller moral beror på om man vill hänvisa till kristen etik eller en mer sekulariserad etik. Se *dygdetik*, *narcissistisk personlighetsstörning* och *PTSD*.

LITTERATUR: Lehrer 2009.

Sanning eller falskhet är något som kan tillskrivas trosföreställningar eller påståenden. Den vanligaste teorin om sanning är historiskt sett att sanning består i en överensstämmelse mellan påståenden och den verklighet påståendena säger något om, dvs. ett påstående är sant om och bara om det stämmer överens med fakta. Detta kallas också korrespondensteorin om sanning och har bland annat framförts av Aristoteles och Thomas av Aquino. Hur denna överensstämmelse närmare bestämt ska se ut har det rätt delade meningar om. Teorin har

också utsatts för kritik, som bland annat tagit fasta på det svåra i att utreda hur relationen mellan påståenden och den verklighet påståendena handlar om ser ut. Ett modernare alternativ, som inspirerats av korrespondensteorin om sanning, är att säga att sanning är ett överflödigt eller redundant predikat. Att säga "Jorden är rund" och att säga "Det är sant att jorden är rund" är inte att uttrycka två olika påståenden. Enligt detta synsätt är sanningsbegreppet snarast understrykande och sammanfattande, exempelvis genom att tillåta oss att säga saker som "Det han sade var sant", och att säga att ett påstående är sant innebär inte mycket mer än att säga att det är på det sättet som påståendet säger att det är.

Sanningsbegreppet är relevant inom medicinsk etik framför allt genom att det ingår i den traditionella definitionen av *kunskap* som sant rättfärdigt försanthållande. Det som är viktigt att lägga märke till i denna definition, bland annat ur en vetenskapsteoretisk synvinkel, är att sanning och goda skäl utgör olika villkor. Om inte de goda skälen är så goda att de garanterar sanningen i ett försanthållande eller en trosföreställning, vilket i bästa fall är extremt sällsynt, finns det alltid utrymme för att man kan ha fel (se *fallibilism*). Den intressanta frågan är därmed inte någon fråga om sanning, utan om hur goda skäl man ska kräva för att det ska vara berättigat att tro på något eller hålla något för sant. Detta gäller också inom etiken (se *kognitivism*).

I vidare mening talar man ibland om "en sann fröjd", "ett sant liv" eller "ett sant konstverk" och använder då begreppet på ett sätt som snarast motsvaras av "äkta", "verklig" eller "gott". Se också *autenticitet*.

LITTERATUR: Read 1999.

Sanningssökande är ett uttryck som används för att karakterisera det ideala målet för all forskning och vetenskap. Används uttrycket i samband med karakteriserandet av en enskild forskare anses just sanningspassionen vara den enda legitima passionen som forskaren bör besitta, åtminstone i sin forskning. Att vara

sanningssökande är just det som kommer till uttryck i Robert Mertons norm "disinterestedness" som kan kontrasteras till forskarens eventuella andra och ibland konkurrerande passioner, exempelvis politiska, ideologiska eller religiösa. Se också *Wakefieldfallet*.

LITTERATUR: Lynöe 1999.

Scoutmoral är ett uttryck för en person som både är dygdig och pliktuppfyllande – alltid beredd att göra sitt bästa för att hjälpa andra, rättvis och vänlig – egentligen en beskrivning av den engelska gentlemanens egenskaper. Det var också engelskmannen Robert Baden-Powell (1857–1941) som startade scoutrörelsen om än hans militära bakgrund påverkade inriktningen. Speciellt för unga pojkar sågs scoutlivet som en förberedelse inför det militära livet. Scoutmoral kan här kontrasteras till cowboyetik, som dock också kan ha vissa likheter med scoutmoral.

Screening är inom medicinen en speciell metod för att upptäcka sjukdomar eller riskfaktorer för sjukdom. Med screening undersöker man en hel befolkning eller ett urval av befolkningen beroende på vad man strävar efter att identifiera. Vanligtvis undersöker man inom sjukvården patienter som söker för olika symtom för att kunna fastställa eller utesluta sjukdom eller riskfaktorer. Vid screeningundersökningar undersöker man, eller har ambitionen att undersöka, även den grupp människor som inte sökt sjukvård vari merparten kanske är helt friska, och man kan på detta sätt fånga upp eventuellt sjuka eller patienter med riskfaktorer som högt blodtryck.

Ett exempel på en omfattande screeningverksamhet i Sverige är screeningen av alla nyfödda för den genetiskt betingade omsättningssjukdomen fenylketonuri (PKU) där man genom tidig upptäckt och tidigt insatt diet (utan proteinet fenylketon) kan förebygga insjuknandet i sjukdomen. För att tillämpa allmän screening av den här karaktären krävs vanligen att man faktiskt kan göra någonting, behandla eller förebygga sjukdom.

En sak som gör screeningprogram kontroversiella, exempelvis screening för bröstcancer (mammografi) hos kvinnor över en viss ålder, är att metoderna som används inte alltid har tillräcklig bra känslighet (*sensitivitet*) och man kan därför missa några som faktiskt är sjuka (risk för falskt negativa resultat) samtidigt som metoden kan vara för känslig (*specificitet*) och därmed förklara kvinnor sjuka som faktiskt är friska (leda till falskt positiva resultat). Både förekomsten av falskt negativa resultat då man missar det man vill fånga upp och förekomsten av falskt positiva resultat, vilket resulterar att man oroar och gör ingrepp på kvinnor helt i onödan, är etiskt kontroversiellt. Därför vill man gärna att de metoder man använder vid screening har både hög sensitivitet och hög specificitet.

Vidare är screeningprogram kontroversiella ur autonomisynpunkt. En viss autonomiproblematik är alltid förknippad med screeningprogram jämfört med standardsjukvård, eftersom initiativet till undersökningen vid screening kommer från sjukvården eller samhället. Eftersom sjukvården uppfattas som en auktoritet i hälsofrågor utgör frågan om att delta i normalfallet en påtryckning i sig. Ju mer uppfodrande närmandet är, ju mer ton av att deltagandet tas för givet och ju mer betoning av de skäl som talar för deltagande på bekostnad av skälen mot, desto större blir påtryckningen och problematiken ur autonomisynpunkt. Autonomimålet kommer här ofta i direkt konflikt med folkhälsomålet, eftersom en hög grad av deltagande ofta krävs för screeningprogrammets framgång. Till detta kommer välkända problem med att anpassa informationen och uppföljningen till individens behov och förutsättningar, ett problem som ökar när man ska handskas med den volym av individer som det ofta handlar om i screeningsammanhang, då individuellt anpassad information och uppföljning är kostsamt. I ljuset av dessa problem har många screeningprogram lagts ner, som testprogram för lungemfysem, risken för neuralrörsdefekter hos foster genom blodprov på den gravida kvinnan, respektive anlag för sickelcell-

anemi hos den svarta amerikanska befolkningen. I fallet med fosterdiagnostik väcks också frågan om screening inte innebär en inriktning på fosterdiagnostik som medför att vården ger signaler om vilka tillstånd som är särskilt viktiga att undvika (se *fosterdiagnostik*). På grund av dessa problem är man ofta försiktig med att inleda screeningprogram och kräver ofta att det handlar om en sjukdom som annars riskerar att inte upptäckas i tid, som är mycket allvarlig, tillräckligt prevalent och där testet påvisar hög risk och är av tillräckligt god sensitivitet och specificitet.

Ibland förekommer även s.k. opportunistisk screening vilket innebär att man i samband med att en patient söker sjukvården för vissa symtom passar på att på läkarens initiativ och förslag att genomföra vissa undersökningar, exempelvis ta "leverprover" som kan indikera hög alkoholkonsumtion eller ta labbprover på män över 50 år som kan indicera prostatacancer. Detta kan ibland ske utan att patienten har informerats även om det vanligaste är att det föregåtts av information om syftet med proverna. Om informationen bara har delgetts i förbifarten kan detta leda till en rad olika problem om det visar sig att patienten faktiskt har patologiska värden. Opportunistisk screening kan därför skapa en lång rad problem, särskilt om patienten bara motvilligt har gått med på läkarens förslag. Se också *riskbruk*.

LITTERATUR: Juth et al. 2007.

Selektiv abort innebär att man väljer att göra abort med avseende på vissa oönskade (eller önskade) egenskaper hos fostret. Det kan exempelvis vara att fostret är missbildat, har kromosomavvikelse (exempelvis Downs syndrom), en ärftlig sjukdom (Huntingtons sjukdom) eller andra egenskaper. I princip kan sådana andra egenskaper vara kön, "ras", intelligens och man har diskuterat huruvida denna typ av egenskaper ska kunna ligga till grund för eventuellt val av abort och vem som i så fall ska avgöra detta. Se också fosterdiagnostik och positiv eugenik.

Sensitivitet är ett epidemiologiskt uttryck för ett diagnostiskt tests förmåga (träffsäkerhet) att fånga upp dem som faktiskt är sjuka eller att testet visar positivt utslag när patienten är sjuk, exempelvis att klamydiatestet är positivt när patienten faktiskt är smittad. Om ett test har låg sensitivitet finns risk för att man missar en del, och man talar då också om att antalet falska negativa test ökar, vilket innebär att testet visar att man inte är smittad när man faktiskt är det. Att bli friskförklarad vid smittsamma sjukdomar när man faktiskt är smittad innebär att patienten får inkorrekt information om sitt hälsotillstånd och det kan innebära risk för att smitta andra och att man inte får möjlighet att i tid vidta åtgärder för att undvika egen sjukdom och förebygga eventuella komplikationer. Se också screening och specificitet.

Serendipity är ett uttryck som i dag beskriver icke avsedda eller tillfälliga upptäckter (accidental discoveries). Columbus resa västerut där avsikten var att nå Indien genom att segla i motsatt riktning till den normala resrutten, illustrerar vad som avses med serendipity. Columbus kom som bekant inte till Indien, men han trodde att det var Indien han hade kommit till och kallade också de första öarna han stötte på för de Västindiska öarna, men i själva verket hade han genom sin resa upptäckt en helt ny kontinent. I analogin med Columbus upptäcktsresande, kan man identifiera en rad medicinska (och även icke-medicinska) upptäckter som ett resultat av serendipity. Man letar efter något och hittar, som en spinn off-effekt, någon helt annat, och ibland mycket mer betydelsefullt än det man i första hand sökte efter enligt forskningsplanen. Ett typiskt exempel på sådana spinn off-effekter är när man utvecklat ett läkemedel med avsikt att behandla en viss sjukdom, och det sedan visar sig att det är en biverkan av medicinen som blir huvudindikationen. Exempelvis utvecklades talidomid (Neurosedyn) som ett lugnande medel med effekt även på illamående. Som bekant fanns det många gravida kvinnor som ordinerades medicinen med katastrofala följder i form av miss-

bildningar hos fostret. I dag har mekanismen (den kärilkonstriktiva effekten) som gav anledning till den dramatiska och oönskade bieffekten blivit intressant, och är huvudindikationen vid behandling av solida tumörer där kärlnybildning spelar en viktig roll. Vid utvecklingen av den första generationens antihistaminer hittade man en intressant biverkan då medlet gavs till personer som samtidigt led av psykosor, och detta ledde så småningom till utvecklingen av moderna antipsykotiska medel.

Man brukar säga att det enbart är den uppmärksamma som har turen att göra denna typ av tillfälliga upptäckter, och Louis Pasteur brukar anges som källa till det bevingade ordspråk som illustrerar detta (på engelska): "Luck is the reward of the prepared mind" vilket indikerar att den som lyckas upptäcka någonting av en tillfällighet ofta är uppmärksam och på ett eller annat sätt förberedd på att upptäcka någonting. Exempel på serendipity i kombination med den skärpta uppmärksamheten är Alexander Flemings upptäckt att vissa typer av mögelsvampar har effekt på bakterieodlingar. I samband med att Fleming höll på med bakterieodlingar råkade han tappa något möjligt på en odlingsplatta och observerade då nästa dag att det inte växte bakterier kring ett område där mögelsvampen låg. Denna icke avsedda upptäckt bidrog senare till att man började intressera sig för just penicillins antibiotiska effekt. En del forskare inom grundforskningen vill hävda att det enbart är genom denna typ av forskning som man kan leva upp till Mertons krav om *disinterestedness*. Se också *färdighetskreativitet*, *ledtrådsparadigmet* och *tyst kunskap*.

LITTERATUR: Roberts 1989.

Sexism är ett uttryck som används för att beskriva diskriminering av personer med avseende på deras kön eller sexuella läggning, men var ursprungligen ett uttryck som användes av feminister för att beskriva mäns förtryck av kvinnor. Man kan till exempel diskriminera ett kön genom att reducera det till något som kan beskrivas och förstås med det andra könets fenomen och begrepp (se reduktionism). Man

kan säga att sexism är en form av rasism där det i stället för en viss "ras" som gynnas på bekostnad av en annan är ett visst kön. Sexistiska uttryck är exempelvis sådana som används för att kunna beskriva det andra könet eller homosexuella som mindervärdiga eller underlägsna. Oftast används nedsättande könsuttryck för beskrivningen av exempelvis sexuella minoritetsgrupper. En speciell form av sexism kommer till uttryck i s.k. queerteorier, där man uppmärksammat hur heterosexuell läggning är normen för sexuella relationer och hur detta kommer till uttryck i samhället, exempelvis i konsten.

Inom medicinen och forskningen finns flera exempel på att kvinnliga forskare har diskriminerats och där den mest närliggande förklaringen är en form av sexism. Wold och Wennerös visade 1997 i en artikel i Nature hur snedvridna s.k. peer review-bedömningar var och där den gemensamma nämnaren var att kvinnors ansökningar rankades lägre än mäns projekt, allt annat lika. Se också *artism*, *rasism* och *reduktionism*.

LITTERATUR: Wold et al. 1997.

Sexualmoral rör olika uppfattningar om hur människor av olika och samma kön bör ha eller bör avstå från att ha sexuellt umgänge med varandra. Nästan alltid finns det i ett samhälle en gängse sexualmoral, även om den i stor utsträckning inte är officiellt kodifierad eller nedskrivet. Det är den däremot ofta i olika religiösa trossamfund. Det finns också individuella sexualmoraler som kommer till uttryck i den enskilda människans sätt att ha sexuella relationer till andra individer och sig själva och i individens föreställningar om detta, som inte nödvändigtvis behöver överensstämma med hans eller hennes handlingar. Ibland använder man ordet sexualmoral i vardagsspråket då man anser att andra moraliserar genom att lägga sig i något som av många i dag anses tillhöra privata sfären och därmed inte bör vara föremål för andras synpunkter.

Olika religioner har olika syn på den mänskliga reproduktionen och i en del fall även syn-

punkter på om och hur vi kan och får förebygga önskad graviditet. Olika preventionsmetoder har sålunda varit i fokus för den katolska kyrkans uppmärksamhet. Det har exempelvis varit kontroversiellt när man varit negativ till bruket av kondom även i fall då det primära syftet inte är att undvika graviditet, utan att förebygga könssjukdomar. Många fall av HIV kan sålunda tillskrivas förbudet att använda kondom, men också att man i vissa afrikanska kulturer anser att kondomer är något som enbart prostituerade använder.

Även om vi i dag anser att sexuallivet tillhör privatsfären och att det normala har vida ramar (så länge det rör sig om vuxna fria och egna val) finns det vissa sexuella aktiviteter i dag som anses vara oacceptabla; det gäller exempelvis incest, pedofili, köp av sexuella tjänster, sexuellt utnyttjande och våldtäkt samt i den mån djur kan anses skadas är även sodomi förbjudet. Men speciellt olika religiösa system har ofta i detalj reglerat människors sexualliv och reproduktion, och det gäller speciellt kvinnans sexualitet. Vad som anses vara icke acceptabla handlingar har då klassificerats som syndiga eller kanske till och med perversa eller kätterska, det gäller otrohet onani, sexuell aktivitet före äktenskap och sexuell aktivitet som inte tar sikte på reproduktion, sexuell verksamhet som inbegriper mer än två individer och av samma kön. Den kristna Bibelns Gamla testamente (GT) innehåller dock också vissa undantag för under vilka omständigheter incest kan vara tillåtet, exempelvis om släktens fortbestånd är hotat och incesten sker på den yngre individens initiativ (jämför Lot och hans två döttrar som först dricker honom berusad för att sedan förföra honom så att de kan bli med barn). Budskapet i GT:s beskrivning av Onans olydighet då Gud befäller Onan att ligga med sin svägerska, och Onan då utför ett s.k. coitus interruptus och låter sin säd gå till marken – är dock inte helt entydigt. Gud låter som straff Onan dö, men frågan är om det var för att han inte lydde Gud eller om det var för att han lät sin säd gå till marken? Berättelsen har dock inom kristendomen tagits till intäkt för att det var

det sistnämnda som var det mest syndiga och är en av anledningarna till exempelvis den katolska kyrkans motstånd mot preventivmedel (se också *helig vrede*). En annan anledning är den inflytelserika thomistiska filosofins uppfattning om att saker och ting ska utföras med dess naturliga mål (telos) i sikte och inget annat, och det naturliga målet med sexuell verksamhet är reproduktion. Konsekvent tillämpat innebär detta tankesätt att all sexuell aktivitet som inte syftar till att skaffa barn är moraliskt förkastlig. Se också *Thomas av Aquino* och *naturrätt*.

Det finns dock också exempel på religiösa trossamfund där man förhållit sig neutralt till människors sexualliv och där man indirekt har accepterat många olika former av sexuella aktiviteter. Det gäller t.ex. albigenerna och katarerna under medeltiden som kan sägas tillhöra en kristen tradition som var inspirerad av nyplatonismen med sin extrema uppdelning mellan kropp och själ (se *dualism*). Man betonade de andliga aspekterna och såg kroppen mest som ett fängelse och de kroppsliga funktionerna som mer eller mindre likgiltiga om man bara undvek att den sexuella aktiviteten ledde till barnalstring. Man kunde därför praktisera både sodomi, homosexualitet och allmän promiskuös verksamhet utan att det uppfattades som moraliskt kontroversiellt. Den katolska kyrkan hade till en början problem med att hävda sin auktoritet bland dessa grupper, men satte dock slutligen stopp för verksamheten som ägde rum i Sydfrankrike under 1100–1300-talen. Katarer blev brända på bål som kättrare, några efter rättegång (det är från rättegångsprotokollen man fått kunskap om dessa gruppers existens) andra utan rättegång. Eftersom kroppen ändå var något likgiltigt kom inkquisitionens flammande bål också att uppfattas som ett sätt att rena sig och bli fullkomlig.

En mer materialistisk förklaring till kyrkans och vissa religiösa samfunds strävan efter att få kontroll över framför allt kvinnors sexualitet kan ha att göra med att man ville försäkra sig om det religiösa samhällets fortbestånd och även mer lokalt säkra arvföljden och undvika arvsstridigheter. Inom modern etisk diskussion

tilldrar sig sexualmoraliska frågor relativt lite intresse, eftersom inga av de etiska teorierna eller systemen har något principiellt att invända mot sexuella aktiviteter så länge det rör sig om samtyckande vuxna individer. Detta kan vara en anledning till att vissa representanter från kyrkan och olika trosriktningar hävdar att utan religiös övertygelse blir människor också utan etik, dvs. att det enligt denna uppfattning bara är den religiösa människan som handlar moraliskt. Alla utan religion är enligt denna uppfattning amoraliska och löper stor risk att handla omoraliskt.

LITTERATUR: Vanggaard 1969.

Signifikansnivå är ett uttryck från statistisk hypotesprövning där man, innan en studie genomförs, anger den risk man är beredd att ta för att förkasta nollhypotesen då denna i själva verket är sann. Vid hypotesprövning inom den kliniska medicinen testas man i det ideala fallet två olika behandlingar A och B och har exempelvis med hjälp av randomiseringsprocedurer fått fram två oberoende stickprov så att vissa statistiska test kan tillämpas. Nollhypotesen säger då att eventuella skillnader beror på slumpen. Forskningshypotesen säger kanske att behandling A är bättre än B. Om vi med hjälp av vårt statistiska test får fram ett p-värde som är mindre än den valda signifikansnivån, har vi fått stöd för att förkasta nollhypotesen och därmed indirekt stöd för vår forskningshypotes att A är bättre än B. Om nollhypotesen inte kan förkastas så gäller fortfarande nollhypotesen och vi kan i vanliga fall inte säga så mycket om forskningshypotesen. Se också typ 1- och typ 2-fel.

Traditionella val av signifikansnivåer är 0,05, 0,01 och 0,001 vilket populärt uttryckt står för att om vi genomförde 100 randomiserade kontrollerade undersökningar angående de två behandlingarna A och B så är vi vid en signifikansnivå på 0,05 beredda att acceptera att slumpen i fem av hundra fall spelar oss en spratt. Om vi väljer signifikansnivån 0,01 så är vi beredda att i enbart ett av hundra fall acceptera att slumpen lurar oss och motsvarande

med signifikansnivån 0,001 där vi accepterar slumpens regi i ett på tusen fall. Signifikansnivån 0,001 ställer alltså strängare krav på studien jämfört med signifikansnivån 0,05. Valet av signifikansnivå är dock något statistikern inte kan hjälpa forskaren med. Man kan säga att valet av signifikansnivå baseras på hur pass förankrad den aktuella behandlingen är i det vetenskapliga paradigmet, och den baseras sålunda på värderingar och på vilka risker vi är beredda att ta. Att det faktiskt är frågan om värderingar kan illustreras av att man använder klassificeringen med ett-, två- och trestjärniga signifikansnivåer. Klassifikationen kan ses i analogi med hur man värderar/estimerar restauranger enligt Guide Michelin. Se också *p-värde*.

LITTERATUR: Lynöe et al. 1998.

Sims, J Marion (1813–1883) anses vara den moderna gynekologins fader och är numera herostratiskt berömd för att han genomförde kirurgiska/gynekologiska experiment på afroamerikanska kvinnliga slavar under åren 1845–1849. Även om anestesi blev upptäckt 1846 sövde Sims inte patienterna och efter ett stort lidande dog ändå många kvinnor till följd av infektioner efter ingreppen. Sims var på sin tid en framstående läkare och blev bland annat vald till ordförande för American Medical Association 1876.

Sims har sannolikt, tillsammans med en mängd andra incidenter då det amerikanska samhället/myndigheter behandlat både manliga och kvinnliga afroamerikaner illa, bidragit till att just dessa grupper har lägre förtroende för hälso- och sjukvården i USA, vilket i sin tur har betydelse för benägenheten att ställa upp i klinisk forskning och som organodonatorer. Se också *Tuskegee Syphilis study*.

Singer, Peter (1946–) är en australiensisk moralfilosof som representerar och försvarar en preferensutilitaristisk position, men han är mest känd för sitt engagemang i djurfrågor. Han ifrågasätter att människan i kraft av sin biologiska art (*Homo sapiens*) skulle ha en särställning gentemot andra levande och

kännande varelser (se artism). Singers preferensutilitarism är en vidareutveckling av utilitarismen från Jeremy Bentham, John Stuart Mill och framför allt moralfilosofen Richard Hare. Singer beskriver själv sin utilitarism som uppfattningen att en handling lämplighet ska avgöras i relation till huruvida handlingen är i överensstämmelse med de intressen som de som påverkas av handlingarna har. Med en persons intressen avses detsamma som det personen föredrar på det hela taget efter det att alla relevanta fakta beaktats. En person är en levande varelse som bland annat har framtidsorienterade preferenser eller viljeattityder. En fisk som fastnar på en krok kan inte sägas ha sådana viljeattityder även om det kan se ut som om fisken försöker att komma loss. Det förhållandet att fisken kämpar mot faror och smärta indikerar inte att fisken visar förmåga att föredra sin egen framtida existens framför en icke-existens, utan det visar att fisken har intresse av att ett tillstånd som upplevs som smärtsamt upphör. Singers preferensutilitarism innebär sålunda inte att djur likställs med personer, dvs. karakteriserade som varelser som kan tänka förnuftigt, har förmåga till självreflexion, kan föreställa sig framtida händelser och även kan redogöra för sin egen historia/biografi. Men teorin säger inte heller att man för den skull kan behandla kännande varelser som inte kan klassificeras som personer (exempelvis fisken) hur som helst. Om vi drar upp fisken och dödar den snabbt så att lidandet blir kort kan det vara acceptabelt, åtminstone så länge fiskens lidande och uteblivna framtid kan kompenseras av familjens intresse av att få mat. Detta kanske inte förefaller så kontroversiellt, men anledningen till att Singers etiska resonemang ändå uppfattats som kontroversiella (kanske på felaktiga grunder), är när han börjar jämföra högre stående djur som exempelvis schimpanser, orangutanger och gorillor med människor som inte har en sådan förmåga, dvs. svårt hjärnskadade nyfödda barn, gravt psykiskt funktionshindrade som aldrig har haft förmågan att tänka förnuftigt eller ha något begrepp om framtiden, eller förmågan att kommunicera. De kan alltså

inte ens ha haft några föreställningar eller tankar om hur de skulle vilja ha det i framtiden, i motsats till patienter med långt gången senil demens som ju tidigare kan ha uttryckt en vilja. Schimpanser, orangutanger och gorillor har visat sig kunna kommunicera och även ha förväntningar på framtiden samt minnas händelser som ägt rum för något år sedan.

Singer skiljer på vad som kan klassas som mänskligt i meningen tillhörande arten homo sapiens – som kan avgöras med exempelvis ett DNA-test – och mänskligt i meningen förmåga att tänka förnuftigt, ha begrepp om framtiden och dåtiden etc. Det senare benämner han en *person*. Det är det vi menar när vi talar om att någon är verkligt mänsklig eller besitter genuint mänskliga kvaliteter. I första meningen är vi alla som tillhör arten homo sapiens människor, men i den andra meningen exkluderas foster, nyfödda barn och gravt förståndshandikappade samt gravt senildementa. Singer hävdar då att i själva verket så finns det inget, annat än gamla religiösa dogmer, som säger att en högt utvecklad apa skulle vara av mindre värde än ett foster, ett nyfött barn eller en människa med en grav utvecklingsstörning. Detta innebär emellertid inte att dessa människor per automatik ska behandlas som djur, utan tvärtom är Singers ambition att uppgradera vår syn på djuren och då speciellt de högre stående apornas och delfinernas moraliska status. Singer hänvisar till *Bentham* som den första som betraktade även djuren som innehavande självständig moralisk status i det avseendet att de kan känna glädje och smärta.

Vad som också har uppfattats som kontroversiellt är att han argumenterar för dödshjälp i meningen att man bör respektera en terminalt sjuk patients önskemål om att få hjälp med att dö om det finns ett outhärdligt lidande som inte kan behandlas på annat sätt. Singer ifrågasätter att det finns en skillnad mellan *aktiv dödshjälp* och *passiv*, och han argumenterar för att den i de flesta länderna vedertagna medicinska praktiken att låta bli att behandla exempelvis en patient med långt gången demens eller att avstå från att inleda behandling på ett svårt skadat

nyfött barn, ibland är mer inhuman än det sätt på vilket en veterinär behandlar ett svårt skadat djur, dvs. med aktiv dödshjälp/avlivning i syfte att minimera smärtor och lidande. Han ifrågasätter *lagen om dubbla effekter* och anser att den kan användas för att motivera även uppenbart oetiska handlingar. Singer har också skrivit inflytelserikt om våra förpliktelser gentemot tredje världen och vilken vikt moraliska intuitioner bör tillmätas när vi avgör vilka moraliska uppfattningar som bör tillmätas trovärdighet. LITTERATUR: Singer 1996.

Sinnelagsetik är en grupp av normativa etiska teorier där avsikten med en handling eller de överväganden som ligger till grund för handlingen är det som avgör huruvida en handling bör utföras eller inte, dvs. handlingens moraliska status. Konsekvenserna av handlingen har ingen relevans, inte heller vilken typ av handling det är frågan om. Denna typ av etik har en modern arvtagare i *doktrinen om dubbla effekter*.

Sinnesslö är en äldre beteckning för det som i dag benämns psykiskt funktionshinder eller utvecklingsstörning där det finns en nedsättning av den kognitiva förmågan. Termen sinnesslö ska alltså inte förväxlas med psykisk sjukdom även om man historiskt ibland haft problem att skilja dem åt.

Situationsetik är uppfattningen att vårt handlande bestäms eller bör bestämmas av situationen och det sammanhang vi för tillfället befinner oss i. Situationsetikens uppkomst ska ses som en reaktion mot exempelvis den katolska kyrkans absoluta regler och principer. Man argumenterade för att i stället använda sig av enkla tumregler och finns det bristande överensstämmelse mellan en handling omedelbara rimlighet och en etisk princip, så måste man vara beredd att ändra eller bryta mot principen. Situationsetik kan också ses i kontrast till universalistiska teorier som kantiansk pliktetik och utilitarism. Den engelska moralfilosofen Richard Hare tycks i viss mån argumentera för situationsetiken, i alla fall då det gäller använ-

dandet av normer som tumregler som vi kan använda i de flesta vardagssituationer och då vi handlar under tidspress. Denna form av tumregelsetik rekommenderar Hare dock inte när det gäller kritiska situationer där stora värden står på spel och där vi måste reflektera och väga olika handlingsalternativ mot varandra som exempelvis i frågor om horisontella prioriteringar där vi oftast också har god tid att begrunda våra beslut.

Situationsetiken vänder sig också mot dygdetik som säger att människans moraliska utveckling leder till att man helt oberoende av situationen uppnår robusta egenskaper och dygder som man spontant handlar efter (när de blivit en vana). Generositet och hjälpsamhet skulle alltså vara egenskaper som finns eller inte finns helt oberoende av det sammanhang man befinner sig. Socialpsykologerna Isen och Levin har dock med sitt *mynttelefonexperiment* 1972 ifrågasatt hållbarheten av den dygdetiska utvecklingsteorin. Andra socialpsykologiska experiment har sedan dess dock nyanserat bilden av situationsberoendet. Se *altruism*.

LITTERATUR: Hare 1994, Isen et al. 1972.

Sjukdomars prestige, se diagnosers prestige (och specialitetens prestige).

Sjukdomsbegrepp berör frågor om hur vi ser på sjukdomar och deras orsaker, mekanismer, behandling och sociala status. Man kan exempelvis skilja mellan 1) ett magiskt sjukdomsbegrepp, 2) en sjukdomsuppfattning där den sjuka anses ha drabbats av demoner, 3) en moraliserande uppfattning där sjukdom uppfattas som straff för ett syndigt leverne, 4) sjukdom som social konstruktion, och 5) en mer naturalistisk uppfattning av sjukdom. Till dessa olika uppfattningar finns förstås olika typer av behandlingar och förhållningssätt. På samma sätt som människosynen har betydelse för hur vi förhåller oss till människor har sjukdomsbegreppet betydelse för hur vi förhåller oss till sjuka människor. Se också drapetomani.

Sjukdomsbegrepp i en snäv mening berör enbart frågan om det finns någon lämplig el-

ler korrekt definition av begreppet sjukdom. I denna diskussion finns två traditioner: den biomedicinska och den värderande. Enligt den biomedicinska traditionen kan sjukdom definieras utan hänvisning till värderande begrepp eller normer och definieras ofta som någon form av dysfunktion. Enligt en biomedicinsk definition är sjukdom statistisk avvikelse från det normala på organ- eller delfunktionsnivå. Denna definition får dock problem med exempelvis pandemier och positiva avvikelser (exempelvis väldigt hög intelligens). En annan biomedicinsk definition avgränsar sjukdom som störning av naturlig funktion, där naturlig funktion i sin tur definieras som något som finns för att det haft en evolutionär fördel. Enligt denna definition verkar dock många infektionsreaktioner inte vara sjukdomar, eftersom dessa är evolutionsmässiga fördelar snarare än nackdelar. Inte heller dyslexi kan definieras som en sjukdom, eftersom läsförmågan inte kommit till för att den inneburit en evolutionär fördel. Förmågan fanns långt innan det fanns omständigheter i vilken den kunde göra evolutionär verkan, exempelvis skriftspråk.

Värderande definitioner av sjukdom brukar avgränsa sjukdomar som på något sätt icke-önskvärda tillstånd, vanligtvis i termer av lidande för personen själv och funktionsförmåga under rådande omständigheter. Problemet blir då i stället att försöka avgränsa vilket lidande och vilket slags funktionsförmåga det handlar om. Sammanfattningsvis finns det ingen problemfri sjukdomsdefinition. Eventuellt behövs olika sjukdomsbegrepp för olika sammanhang, exempelvis ett för att avgränsa vem som ska få sjukersättning och ett annat för att avgränsa vårdens mål. Se också *missbruk av diagnoser*.

LITTERATUR: Brülde et al. 2003, Johannisson 2006, Qvarsell 1991, Wullf et al. 1990.

Själ och kropp-problemet är ett uttryck för den inte helt klarlagda relationen mellan å ena sidan det fysiska/kroppsliga/biologiska/genetiskt bestämda och å andra sidan det mentala eller själsliga processer. Det är ingen som ifrågasätter att hjärnan och de biologiska

processerna är en förutsättning för mentala processer, dvs. det vi talar om som kognitiva funktioner och emotioner. Det är också uppenbart att förändringar i hjärnan kan påverka både kognitiva och emotiva funktioner. Vissa sjukdomstillstånd (hjärntumörer och degenerativa tillstånd som exempelvis alzheimer) samt olyckor och psykokirurgiska ingrepp i hjärnan kan påverka både tanke och känsloliv. Frågan är om man kan förklara att till exempel kognitiv påverkan, t.ex. kognitiv beteendeterapi (KBT) eller andra former av psykoterapi, skulle kunna påverka biologiska processer i hjärnan. Om man kan föreställa sig att det sistnämnda skulle vara möjligt är det frågan om vad man sålunda skulle kunna behandla med denna typ av psykoterapier. Här pågår det en diskussion om hur exempelvis fobier, exempelvis spindelfobi eller fobi för stora öppna platser eller vistelse på stor höjd, kan behandlas med exempelvis KBT eller om denna typ av fobier är genetiskt programmerade – kanske som en rest från då människan levde som många djur som handlar instinktivt enligt vad vi kallar fight-, flight- eller freeze-strategier. Detta kan möjligen förklara varför exempelvis KBT inte lyckas med svåra fall av fobier, samtidigt som tillämpningen av psykoterapi inte med nödvändighet förutsätter att tillstånden har psykologiska eller sociala orsaker, s.k. psykogenes och vice versa. Både neuroser och psykoser kan behandlas med psykoterapi och somatoterapi (psykofarmaka, ECT, psykokirurgi etc.) även om det fortfarande finns en tendens att behandla neuroser med psykoterapi (numera ofta i kombination med psykofarmaka) och psykoser med psykofarmaka och/eller ECT.

Modern neurofysiologi i kombination med exempelvis funktionell magnetisk resonanstomografi (fMRT) har visat att man kan visualisera vilka områden i hjärnan som aktiveras när vi utsätts för emotionella påfrestningar (ger exempelvis ökad aktivitet i hippocampus- eller amygdalaområdena) eller för kognitiva problemlösningar (ger ökad aktivitet i frontalloben). På samma sätt har man också kunnat visualisera områden med ökad aktivitet när

man producerar *placeboeffekter* och *noceboeffekter*. De speciella etiska problem som uppstått i samband med utvecklingen av den moderna neurobiologin, där det är svårt att antingen reducera de studerade fenomenen till att antingen vara rent fysiologiska (biologisering) eller rent mentala (psykologisering), benämns i dag *neuroetik*. Se också *epifenomenalism*, *dualism*, *Descartes* och *reduktionism*.

LITTERATUR: Johansson et al. 2008.

Självbedrägeri innebär att vi ljugar för oss själva eller håller oss själva ovetande om sådant som kan vara viktigt för oss att veta för att kunna fatta rationella beslut. Självbedrägeriets mekanism har diskuterats och exempelvis kan Judas förräderi av Jesus ha möjliggjorts av att han, när han resonerade själv eller med andra, använde sig av abstrakta termer i stället för att vara konkret. Det finns vissa belägg för att det vid Jesu tid fanns en rad fraktioner som konkurrerade om vad som var den rätta religiösa läran och där Jesus representerade en fraktion och Judas kanske tillhörde en radikalare falang (jämför Monty Python-gruppens film *Life of Brian* där olika fraktioner kämpar om att definiera den rätta tron). Man kan då tänka sig att Judas menade att han måste få stopp och tyst på Jesus, en falsk profet. Genom att använda abstrakta begrepp som falsk profet och generella formuleringar som att stoppa Jesus innan han gör mer skada, så undviker Judas följdfrågorna och svaren som är mer konkreta, nämligen: hur får jag stopp på honom? Det kan jag göra genom att anmäla honom. Vad händer med honom om jag anmäler honom? Han blir dömd till döden. Om Judas hade slutfört resonemang- et och kommit fram till att han kommer att vara orsak till Jesus död så är det inte säkert att han skulle ha anmält eller angivit Jesus. När Judas sedan insåg konsekvenserna av sin handling tog han livet av sig. Liknande resonemang kan man säkert identifiera då sjukvårdsadministratörer talar om patientvolym eller patientgenomströmning och sjukvårdsproduktion. På detta sätt kan man bortse ifrån att det finns enskilda konkreta patienter eller sjukvårdspersonal som

berörs/kommer i kläm av exempelvis en begränsning eller en ökning av patientvolymen. Man slipper se den andra människan i ögat. Se relationsetik.

Självbedrägeri är dock inte enbart något som kan möjliggöra onda eller mindre önskvärda handlingar. Självbedrägeri kan också vara till hjälp för att överleva en svår eller krisartad situation, exempelvis då man får besked om att man har en cancersjukdom. Den omedelbara krisreaktionen kan då vara förnekelse. Man kan också välja att inte få information som kan vara viktig för framtida val av livsprojekt. Exempelvis finns det relativt många personer som fått konstaterat att det finns anlag för Huntingtons sjukdom i familjen, men som själva inte vill ta reda på om de bär på genen för denna dominant- ärfvliga sjukdom. Som Linus i Charles Schulz Snobben säger så finns det inga problem så stora och komplicerade att man inte kan springa ifrån dem. Den negativa rättigheten att inte få information eller att inte veta handlar kanske också om rätten till självbedrägeri. Detta är förstås i strid med upplysningstraditionen och den sokratiske appellen *känn dig själv* och tanken om *autenticitet*. Ett test på en persons benägenhet till självbedrägeri kan man kanske få genom att fråga om man fuskar när man lägger en patiens. Om man nu blir så glad om patienten går ut så kan väl inte ett litet tricks spela någon roll – försöker man kanske att övertyga sig själv om – men lyckas man att övertyga sig själv om att detta inte spelar någon roll och blir glad när patienten går ut som följd av fusk, så har man bedragit sig själv.

Självbedrägeriet har för vissa filosofer tett sig som en paradoxal företeelse. Normalt består bedrägeri av att någon som känner till hur det ligger till i en fråga sedan försöker få någon annan att tro att det inte ligger till på detta vis. Detta verkar omöjligt inom en och samma person: man ju måste känna till hur det ligger till för att kunna bedra sig. Hur kan man låta bli att tro på något man vet är fallet eller att tro på något man vet inte är fallet? En lösning är att se en persons medvetande som bestående av flera avskilda "subsystem" där självbedrägeri består

i att ett subsystem bedrar ett annat. En mindre långtgående lösning är att konstatera att önskemål kan påverka trosföreställningar och att vissa karaktärssegenskaper och omständigheter är gynnsamma för att sätta igång en process där vi tror det vi vill ska vara fallet. Problematiskt blir det bara om detta är en medveten plan. Kan man medvetet och aktivt få sig själv att tro något man vet inte är fallet? Kanske inte direkt vid en viss tidpunkt, men den franske 1600-talsfilosofen Pascal menade åtminstone att vi kan ändra våra trosföreställningar på sikt genom att ändra vårt beteende, exempelvis bli religiösa genom att börja be. Denna möjlighet verkar också förutsättas inom *kognitiv beteendeterapi*. Problemet med självbedrägeri kanske hänger samman med Sokrates uppmaning att känna sig själv! Vi kanske inte känner oss själva så väl som vi tror.

LITTERATUR: Pahuus 1975, Nordenfeldt 2007.

Självbehärskning är en klassisk dygd som representerar den gyllene medelvägen mellan att å ena sidan vara obehärskad, lättretlig eller måttlös och att å andra sidan vara kontrollfixerad. Om man jobbar inom sjukvården är självbehärskning fortfarande en dygd eller ett ideal, även om man kanske ibland skulle vilja säga patienten ett sanningens ord oberoende av om man är tandläkare, sjukgymnast, arbetsterapeut eller läkare. Att ouppmanat börja tala om för patienten vad man själv uppfattar som sanningen kan i bästa fall leda till att patienten inte bryr sig och i värsta fall leda till att patienten upplever sig som kränkt, vilket kan leda till minskat förtroende för sjukvården och i värsta fall äventyra patientsäkerheten. Det finns förstås också andra skäl till att man bör visa självbehärskning. Se vidare *Aristoteles, dygdetik, gyllene medelvägen* och *patientcentrering*.

Självbestämmande, se autonomi.

Självförvårdad sjukdom är sådana sjukdomar som anses kunna förebyggas genom ett sunt leverne men där patienten ändå levtt osunt

och sålunda drabbats av dessa kända följder av sitt leverne. Klassiska exempel på sådana sjukdomar är de s.k. livsstilssjukdomarna som övervikt med hjärt-kärlsjukdom och ledsjukdomar, alkoholism med leversvikt och hjärnskador, eller rökning med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Vissa könssjukdomar har också fått karaktären av självförvårdade sjukdomar i alla fall i den omfattning de anses vara orsakade av ett risktagande (syndigt?) leverne. Om de som "drabbas" av sådana sjukdomar anses få skylla sig själva talar man om victim blaming. Under uppslagsordet *sjukdomars prestige* finns en redovisning som indikerar att exempelvis alkoholism och leverskrumpning finns längst ner på listan. Dock finns inte hjärt-kärlsjukdom med på den nedre delen av listan. Antagligen skulle inte heller sport- eller idrottsrelaterade skador uppfattas på detta sätt även om dessa också är självförvårdade.

Det kan vara intressant att relatera till den svenska prioriteringsutredningen där man avvisar klassifikationen av självförvårdade sjukdomar som prioriteringsgrund. Vi vet för lite om vad som beror på genetiska förutsättningar och hur mycket man ärvt från sin miljö. Man väljer inte själv vare sig sina gener eller sin uppväxtmiljö och därför bör man behandla sjukdomar utan hänsyn till deras uppkomstvillkor och orsaker. Det finns dock de som anser att man i den svenska sjukvården bör införa en ansvarsprincip som beaktar orsaken till eller uppkomstvillkoren för ett ohälsotillstånd. Är ett tillstånd av ohälsa ett resultat av något man själv skulle ha kunnat påverka eller förhindra så kan man enligt ansvarsprincipen demeritera sig från att få sjukvård eller tvingas att själv bekosta den. Se vidare *prioritering* inom sjukvården.

LITTERATUR: Carlson et al. 2007, SOU 1995.

Själv mord är avsiktligt tagande av sitt eget liv. Det är emellertid svårt att tydligt definiera själv mord. För det första finns det en gråzon av angränsande företeelser, som död på grund av likgiltighet inför att ta hand om sig och hålla sig levande, extremt riskfyllt beteende eller vägran att ta emot livsuppehållande behandling. För

det andra har vissa menat att självuppoffrande själv mord för andra eller vad man betraktar som en god sak, inte ska räknas som själv mord alls, utan martyrskap, troligen för att undvika de negativa associationer (skam och skuld) som begreppet själv mord ofta medför. För det tredje säger vissa själv mordsteorier att avsikten inte är att ta sitt liv, utan att få stöd, medlidande eller andra reaktioner (se den strategiska modellen nedan). Hur som helst är en någorlunda entydig definition viktig om man exempelvis ska undersöka frekvensen av själv mord i samhällen.

Själv mord är i många samhällen tillåtet (dvs. inte kriminellt) och i exempelvis Sverige är inte heller hjälp till själv mord belagt med straff. I Sverige har dock själv mord tidigare varit straffbart (jämför själva ordet mord) och under lång tid fick inte själv mördare begravas i vigd jord. Även om detta inte gäller längre är själv mords handlingar fortfarande belagda med både skam och skuld. I vissa religioner är dock själv mord fortfarande en syndig handling eftersom man då berövar Gud den uppgift som tillhör honom. Alla de monoteistiska religionerna är sålunda eniga i sitt fördömande av själv mordet med undantag för martyrdöden, även om det finns olika uppfattningar om vad som gör en till martyr. Många filosofer har också genom historien fördömt själv mord som moraliskt felaktigt, exempelvis *Aristoteles* för att det var fejt och berövade samhället dess egendom, *Thomas av Aquino* för att det strider mot människans naturliga självbevarelsedrift (se naturrätt) och *Kant* för att det innebär att man förstör sitt autonoma jag. Andra, som *Platon* och *Hume*, har dock hävdade att det kan vara moraliskt godtagbart med själv mord under vissa omständigheter, som t.ex. ett stort personligt lidande. *Stoikerna* samt *Epikuros* ansåg att om livet inte längre kunde bibringa en lycka så var själv mordet en värdig utväg. För många religioner och filosofier vid sidan av de monoteistiska traditionerna, har inte själv mord alls betraktats som särskilt kontroversiellt.

Enligt den franska sociologen Emile Durkheim i hans verk *Själv mord* (1896) kan man skilja mellan egoistiska och altruistiska själv

mord, samt anomiska och fatalistiska själv mord. Ett egoistiskt själv mord beror på att individen inte är eller inte känner sig integrerad i en gemenskap. I stora familjer med många barn begås, enligt Durkheim, färre själv mord jämfört med i familjer med få barn. Social isolering ökar sålunda risken för själv mord. Det altruistiska själv mordet ska enligt Durkheim ses i motsats till det egoistiska, och innebär att individen offerar sig för andras intressen. De gemensamma intressena går före individens och orsaken är här snarare en för stark sammanhållning eller anknytning till kollektivet. Det fatalistiska själv mordet uppstår i samband med en förtvivlat hopplös situation där individen inte ser någon lösning på problemen och inte ser någon möjlig framtid. Det anomiska själv mordet uppstår då samhällets normer är i upplösning, när det råder kaos och oklarhet över vad som gäller. Det är speciellt om samhällets normer ändras snabbt som risken för anomiska själv mord uppstår. Verket *Själv mord* blev en sociologisk klassiker, inte minst för att diskussionen grundar sig på omfattande statistiska data och en gedigen statistisk analys. Det ger också uttryck för en metodologisk kollektivism, eftersom Durkheim försöker förklara individens beteende med hänvisning till samhällsleliga strukturer snarare än tvärtom. Själv mord beror ju enligt Durkheim på graden av samhällslelig integration och förändringstakt.

Inom psykiatrin talar man också om det utvidgade själv mordet där andra individer – ofta familjemedlemmar – inkluderas i handlingen. Man anser att det ofta finns en psykisk sjukdom, vanligen djup depression med psykotiska drag eller personlighetsstörning, med i bilden vid utvidgade själv mord, exempelvis att själv mördaren inte kan skilja på sig själv och familjen. Själv mords handlingar varierar med åldern. De själv mord som begås i yngre åldrar är ofta impulshandlingar eller en följd av psykisk sjukdom medan de som begås av äldre personer med en obotlig sjukdom kan vara s.k. rationella själv mord då personen valt att avsluta sitt liv på ett för honom eller henne värdigt sätt. En fjärdedel av alla själv mord i Sverige begås

av människor över 65 år och det finns en stark koppling till nedsatt livskvalitet och allvarlig somatisk sjukdom (cancer och degenerativa neurologiska sjukdomar) och det är ofta tal om drastiska självmord. Enligt många psykiatriker finns en psykisk sjukdom bakom de flesta självmord eller försök till självmord – inte sällan depression. Genom behandling exempelvis med antidepressiv medicinering skulle man sålunda kunna förebygga många självmord. Majoriteten av självmord begås ofta i ett agiterat tillstånd av hopplöshet, ilska och isolering – s.k. kaotiska självmord. Mer än dubbelt så många män som kvinnor begår självmord medan självmordsförsök är vanligare hos kvinnor än hos män. Detta kan bero på att män väljer mer drastiska metoder (hängning och skjutvapen) medan kvinnor använder sig av överintag av läkemedel.

Psykiatrin tillämpar alltså till skillnad från Durkheim en individualistisk förklaringsmodell på självmord. Även om psykiatrin förklarar självmord och grundar sig på gedigna studier, bland annat tvillingstudier och studier av självmördares serotoninhalt i hjärnan, utgör det ingen fullständig förklaringsmodell, bland annat eftersom den har svårt att förklara de stora skillnaderna i självmordsfrekvens mellan olika samhällen. Ytterligare en individualistisk förklaringsmodell till självmord finns i den strategiska modellen där självmordsförsök är en strategi för att mobilisera och påverka omgivningen till reaktion, ett ”rop på hjälp”, och självmordet är en olycklig bieffekt av denna strategi. Se också *läkarassistenterat självmord*.

LITTERATUR: Anderberg 1989, Durkheim 1978.

Själv-paternalism kan man tala om när man exempelvis i ett skede av livet (som yngre) tror sig veta bäst hur man vill leva eller inte leva livet i ett annat skede, t.ex. när man är äldre eller om man skulle bli psykiskt sjuk eller dement. Men man kan exempelvis i samband med utformningen av ett livstestamente eller advance directive ha värderingar och önsknings som senare ändras under livets gång. Se *livstestamente* och *personlig identitet*.

Skadeglädje är den lyckokänsla som man kan känna om det går illa för en person man avundas. Skadeglädje har ansetts som en av de sju dödssynderna och alltså motsatsen till en dygd. Man har nyligen med funktionell magnetisk resonanstomografi (fMRT) visat att skadeglädjen ökar ju mer avundsjuk man varit på den som det sedan går illa för. Skadeglädjen är lokaliserad till samma områden i hjärnan som aktiveras när man känner lycka och glädje i största allmänhet. Forskarna undersökte också vilka områden i hjärnan som aktiveras när man känner avundsjuka och det visar sig vara samma områden som när man känner smärta och man talar då om social smärta. Se också neuroetik.

LITTERATUR: Takahashi et al. 2009.

Skam är känslan av att förtjäna andras ringaktning. Skam och skamliga sjukdomar är därmed sådana som kan antas kasta ett ofördelaktigt moraliskt ljus över en person som har exempelvis en skamlig sjukdom. Graden av skamlighet beror på både förställningar och värderingar som finns i samhället.

Under vissa perioder (då sjukdomar inte kunde behandlas effektivt) uppfattades exempelvis syfilis som en skamlig sjukdom. Sjukdomen i sina mer påtagligt synliga stadier kunde uppfattas som Guds straff för ett syndigt leverne och sålunda kopplas till den rådande *sexualmoralen*. Sjukdomen blev sannolikt mindre skamlig när man kunde förklara dess uppkomst i termer av bakterier, men var fortfarande under 1900-talets början skamlig därför att den överfördes vid sexuella kontakter och att man sålunda hade sig själv att skylla – brist på *självbehärskning*. Sedan effektiv behandling introducerades i början av 1950-talet har sjukdomens skamlighet sannolikt minskat något, men det är fortfarande ingen sjukdom som man, om man smittats, sitter och underhåller sina vänner med vid midagen.

Skam och skamkänsla användes ofta tidigare i samband med uppfostran och moralisk utveckling. Man försökte då som förälder att få ett barn att känna skam om det handlade på ett klandervärt sätt. Om barnet hade varit oartigt

kunde man placera barnet i skamvrån – en sorts lokal social isolering. Ta exemplet med Emil i Lönneberga, som isolerades i snickarboden då han gjort något han inte fick göra: hyss som exempelvis att hissa upp sin lillasyster i flaggstången. Syftet var då att Emil skulle sitta och begrunda sitt beteende och lära sig att så fick man inte göra.

Förmågan att känna skam när man är vuxen är sålunda nära kopplad till rådande normer och värderingar och de känslor som kan uppstå när man gör övertramp mot dessa normer och värderingar. Skamkänslan kan också vara religiöst förbundet och exempelvis Paulus talar i sitt brev till romarna om skamliga laster eller syndigt leverne till vilket Gud har hänvisat hedningar. Skambegreppet kan sålunda också vara kopplat till *samvetet* så som det lyfts fram av exempelvis Paulus. I den kristna traditionen är det först när man innerligt känt skam och genuint bett om ursäkt som man kan få förlåtelse. Det är sannolikt andra handlingar som i dag kan ge anledning till skamkänslor jämfört med för 50 år sedan, vilket indikerar att normer och värderingar ändras. Se vidare *samvete* och *diagnosers prestige* samt *tappa ansikte*.

Man talar också ibland om skamkultur som innebär att ett övertramp mot förbud eller tabun drabbar inte bara den enskilda personen, utan hela familjens eller släktens heder har blivit smutskastad. Detta i motsats till en skuldkultur där övertramp enbart drabbar den enskilda. I en skamkultur kan straffet mot övertramp sålunda bli hårt. Se *kulturkrockar*.

LITTERATUR: Blackburn 1998, Sontag 1989.

Skicklig är en term som används i bröderna Dreyfus expertmodell och som representerar en persons kunskaper i ett stadium före expertstadiet. Det som utmärker exempelvis en skicklig läkare (både tekniskt och etiskt) är att han/hon omedelbart ser vad som kan och bör göras i en viss situation där en patient är i akut behov av hjälp. Den skickliga läkaren behöver inte slå upp i böcker eller vårdprogram, och även om patienten inte representerar skolexemplet eller är ett typfall så kan den skickliga läkaren

ändå improvisera och göra det optimalt rätta i situationen. Se expertkunnande och färdighets-kreativitet.

LITTERATUR: Dreyfus et al. 1986, Schön 1983.

Skuld och skuldbeläggning innebär att man gör någon (andra eller en själv) ansvarig för ett visst beteende eller dysfunktion. Skuldkänsla innebär att man förhåller sig negativt till en utförd handling som man uppfattar som moraliskt felaktig. Skuld och skuldbeläggning finns i vissa religioner, då som straff för ett klandervärd beteende där andra anser att man betett sig skamligt eller oetiskt eller kanske kriminellt. Skuld och skuldbeläggning kan dock också finnas i vissa former av psykoterapi där man letar efter trauman i barndomen som orsak till ett inadekvat beteende. Det kan vara frågan om att familjen (pappan eller mamman) eller mer abstrakt miljön som har orsakat traumat och därmed görs ansvarig för patientens tillstånd. När det är frågan om mer abstrakta relationer, det var miljön, det var en olycklig barndom, det var mina gener, talar man sällan om skuld. Skuld är relaterat till enskilda identifierbara personer och händelser.

Det finns ett intressant samband mellan att vara orsak till en händelse och att beläggas med skuld/göras ansvarig – eller ha handlat förtjänstfullt. Om man är orsak till att det går bra för en annan person så benämns orsakssambandet som en förtjänstfull insats, dvs. man handlar medvetet i syftet att göra en annan människa gott. Orsakar man en annan person skada eller handlar på ett medvetet sätt så att det leder till en eländig situation för en annan människa så är man skyldig till eller ansvarig för eländet. Har man genom oförsiktigt handlande råkat skada en annan (alltså utan avsikt) så talar man om att man vållat en annan person skada och kan ställas till ansvar för detta. Om man råkar handla på ett sätt som gagnar en annan person så talar man inte om *ansvar* eller skuld. Se också *guilt by association*.

Skillnaden mellan skam och skuld är omdiskuterad. En skillnad kan vara att skam känner

man nästan uteslutande inför andra, och så länge man inte är avslöjad skäms man inte. Skuld kan man däremot känna även om ingen annan vet vad man gjort. En relaterad skillnad kan vara att skam känner man i första hand när man begått brott mot sociala konventioner, men också när man inte kan rå för det man gjort, som när man skäms för att man tappar byxorna på öppen gata. Skuld känner man i stället i första hand när man brutit mot en moral man själv anser är rimlig eller riktig. Det är också ovanligt att känna sig skyldig för sådant man inte kan rå för, vilket hänger ihop med idén om att vi inte kan klandras för sådant vi inte rå över. Skuld verkar därför i större utsträckning hänga ihop med en mer utvecklad personlig moraluppfattning än skam och utvecklas sålunda senare i den personliga utvecklingen. Både skuld och skam verkar dock sammanhänga med ånger, att man ångrar det skamliga eller skuldfyllda beteendet och önskar det ogjort.

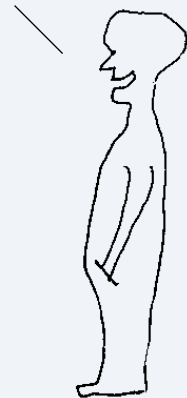
LITTERATUR: Greenspan 1994, Herlitz 1989, Nussbaum 1998.

Skyddsvärde är en term som används för att beskriva värdet av en människa, ett foster, ett djur, naturen, ett minnesmärke, en byggnad etc. som av olika skäl förtjänar att bevaras och därför skyddas. Utgångspunkten är oftast att det som har skyddsvärde inte självt kan ta vara på sina intressen och att därför måste några andra människor eller samhället göra detta. Skyddsvärdet kan variera och komma i konflikt med hänsynen till andra värden. Ett foster kan exempelvis ha olika grader av skyddsvärde beroende på var någonstans i utvecklingen det befinner sig. Ett befruktat ägg anses vanligen (men inte av alla) ha lägre skyddsvärde än ett foster vid en långt gången graviditet. I medicinskt sammanhang kontrasteras skyddsvärde ofta mot människovärde, som anses vara okränkbart och därmed icke graderbart. Om ett befruktat ägg ges moralisk status så att det jämföras med en potentiell fullvuxen människa så har det befruktade ägget också människovärde och ska då tillerkännas samma rättigheter till fortsatt liv. Detta är en ståndpunkt som finns

inom den katolska kyrkan. Se också människovärde.

Skönhetsargument är ibland något som används inom vetenskapen när man anser att en bild av den struktur eller det föremål man undersöker eller har upptäckt helt enkelt är vacker. Det var exempelvis fallet med Rosalind Franklins bilder på DNA-molekylen, som indikerade dess dubbelhelix-struktur. När Franklin första gången såg dessa röntgenkristallografiska bilder sågs hon att ha utbrustit: "Oh, what a beautiful molecule." Inom fysiken kan det vara en ekvations symmetri eller enkelhet som kan få betydelse för att man också ska anse det utvecklade matematiska uttrycket för giltigt. Det gäller exempelvis Newtons andra lag, Maxwells ekvation om sambandet mellan spänning och elektromagnetism och Einsteins energiformel. Det finns en gammal humanistisk idé om att skönhet, sanning och rättvisa är intimt associerade, men det är dock svårt att anföra detta i en etisk argumentation. Inom renässanshumanismen fanns uppfattningen att i skönheten fanns även det moraliskt goda. Inom den hippokratiska traditionen finns också ett intressant an-

Jag är vacker och rättvis –
alltså måste det jag säger
också vara sant.



Sammanhängande treenighet

tagande om att den goda läkaren måste vara vacker till utseendet. Se humanism.

LITTERATUR: Maddox 2002, Watson 2001.

Sluttande plan-argument är en typ av argument som egentligen är uppbyggt dels som ett *reductio ad absurdum*-argument, dels baserar sig på en metafor för en icke kontrollerbar naturprocess, exempelvis att något som först börjat rulla ner för ett sluttande plan inte går att stoppa.

Ett klassiskt exempel på ett sluttande plan-argument rör eutanasi såsom detta begrepp användes i Nazityskland under krigsåren. Under denna tid genomförde man ett systematiskt utrotande av människor vars liv inte ansågs vara värda att leva eller helt enkelt ansågs vara onyttiga och kostsamma för samhället. Eftersom eutanasi initialt användes i bemärkelsen barmhärtighetsdödande av mycket svårt sjuka och lidande människor där man inte kunde bemästra smärtorna, har man sedan uppfattat det som att det fanns ett direkt samband mellan barmhärtighetsdödande och den i krigssituationen tillämpade utrotningen av sjuka människor. Om det skulle finnas ett samband mellan barmhärtighetsdödande och utrotning av människor vars liv inte anses vara värda att leva, kan *indikationsglidningen* uppfattas som ett uttryck för ett sluttande plan-argument för att inte införa eutanasi, eftersom vi inte kan garantera att vi under pressande eller i kritiska situationer kan hindra att svaga, sjuka och förståndshandikappade kommer att dödas inom ramen för ett tänkt eutanasi-program. Denna typ av argument används sedan mot att införa och ibland till och med mot att diskutera frågan om eutanasi. Strukturen i argumentet är alltså att man först antar det man vill argumentera emot och sedan försöker visa att antagandet medför absurda eller oönskade konsekvenser som sedan leder till att man förkastar antagandet. Se *reductio ad absurdum*-argumentation.

Sluttande planet-argument har också framförts i abortdiskussionerna. Om man tillåter abort, var ska man sätta tidsgränsen för när det är acceptabelt och när det inte är det? Om man

tillåter abort och tidsgränsen uppfattas som mer eller mindre arbiträr så kan det i förlängningen leda till ett argument för att avbryta livet på nyfödda, och kan man försvara att man avslutar livet på nyfödda varför då inte på större barn, ungdomar och vuxna etc. Denna typ av resonemang kan sålunda användas som argument för att man bör hålla människolivet heligt från första början (dvs. från befruktningsoögonblicket). Om man nämligen börjar rucka på *livets helgd* kan man hamna på det sluttande planet så att man börjar avliva människor efter eget gottfinnande. Eftersom detta inte är önskvärt (eller leder till absurda eller icke önskvärda konsekvenser) så blir det ett argument mot abort. Se också *indikationsglidning*.

Sluttande plan-argument är i grunden en slags empiriska argument. Man hänvisar till att en utveckling faktiskt kommer att äga rum om något bestämt sker, exempelvis att dödshjälp tillåts. Samma regel gäller därmed för dessa argument som för alla andra empiriska argument, dvs. de måste ha empiriskt stöd. Finns det empirisk evidens som pekar på att det under rådande omständigheter kommer till stånd en sådan utveckling som förutsätts? Om inte, så har inte argumentet något stöd. I annat fall används det som ett icke-falsifierbart påstående och kan då användas hur som helst (se *hypotetisk deduktiv metod*). Man kan också använda det för motsatt ståndpunkt: "Om vi förbjuder abort, så kommer det att leda till förbjudna och farliga aborter med högre mortalitet och mindre respekt för människolivet och att barn inte vet om de är önskade och en allmän otrygghet i samhället osv." Eller: "Om vi inte tillåter dödshjälp kommer självmordsfrekvensen att öka och förtroendet för att man får den hjälp av sjukvården man behöver minska, vilket leder till allmän otrygghet osv." Med andra ord: Precis som man kan säga att om vi gör X så blir det katastrof, kan vi säga att om vi gör Y så blir det katastrof, eller om vi inte gör X så blir det katastrof. Detta visar att det finns något inbyggt problematiskt i denna typ av argumentation, och man bör vara försiktigt med den och enbart använda den om det finns solitt empiriskt

stöd. Annars blir det vad Tage Danielsson i sin bok *Grallimatik* kallade för ”spådomsstrunt”: ”§ 40 Struntprataren... kan, med utgångspunkt från sina egna åsikter om hur det borde vara nu, måla upp skräckbilder av framtiden och på så sätt lura folk att tro att det blir för jävligt om inte världen om femtio eller hundra år såge ut som han tycker att den borde se ut i dag... Exempel: ”Om avkristningen av våra skolor fortsätter då kommer vi om femtio år att vara en nation av vildar och barbarer.” ”Vi måste genast förstöra alla tv-apparater, för annars kan det bli som i ”1984”, att statsmakterna ser allt vi gör hemma, och det vore ju för skamligt.” (Man utgår här från att vi inte kommer att kunna behärska de nya grejer som vi hittar på och att ingen ansvarig person tänker något vettigt från nu fram till 1984.)”.

LITTERATUR: Beauchamp et al. 2001, Danielsson 1966.

Slöja av okunskap är ett begrepp som stammar från John Rawls tankeexperiment där han föreställer sig att vi alla befinner oss bakom en slöja av okunskap om vilken position eller funktion vi har i samhället. Vi förväntas vara okunniga om huruvida vi föds friska eller sjuka, med eller utan handikapp, om vi blir sjuka eller får god hälsa, om vi är unga eller gamla, om vi är rika eller fattiga, om vi har makt eller inte etc. Vi förväntas vidare vara egoister på så sätt att vi är intresserade av att ta vara på våra egna intressen, vi handlar vidare som rationella personer som inte tar risker eller chanser (och hoppas att man föds både frisk och rik etc.). I denna situation ska vi då ta ställning till hur fördelar och bördor ska fördelas i samhället. Se Rawls och tankeexperiment.

LITTERATUR: Rawls 1972.

Smittkoppor är en allvarlig (ofta med dödligt förlopp) virusbetingad sjukdom med feber och vätskefyllda utslag över hela kroppen. Den sprider sig epidemiskt och var före smittkoppsvaccinationen ofta orsaken till att exempelvis soldater dog i krig. Det var med Edward Jenner som ett fungerande skydd mot smittkoppor

utvecklades i slutet av 1700-talet. Se Jenners *smittkoppsexperiment* och *vaccination*.

Smittskyddslagen reglerar behandlingen och omhändertagandet av vissa infektionssjukdomar som kan sprida sig epidemiskt och på så sätt vara ett hot mot samhällets fortsatta existens. Det gäller exempelvis vissa könssjukdomar som syfilis, HIV och klamydia som kan äventyra människans fertilitet och även smitta avkomman. Det gäller också sjukdomar som tuberkulos och smittkoppor (de sistnämnda anses dock i princip vara utrotade). Smittskyddsläkare kan med hjälp av smittskyddslagen vidta åtgärder rörande både tvångsbehandling och isolering, och smittskyddslagen är alltså exempel på en lag om somatisk tvångsvård och utgör ett av de få undantagen för att åsidosätta en beslutskapabel patients rätt att tacka nej till sjukvård (se negativa rättigheter). Oftast är dock patienter själva intresserade av att få behandling och den ges därför i de flesta fallen frivilligt. Det har dock förekommit enstaka fall där HIV-patienter som varit medvetna om att de varit smittade har uppvisat riskbeteende och smittat en annan människa eller utsatt en annan människa för risk för smitta. Man isolerade tidigare dessa patienter med hänvisning till smittskyddslagen. Eftersom HIV-smitta i de flesta fallen förr eller senare leder till aids kan ett riskbeteende leda till frihetsberövande som motsvarar strafframen för allvarlig misshandel. Då är det dock inte frågan om tvångsvård, utan om straffrättslig påföljd.

Ett problem som delvis är *iatrogen* rör de s.k. meticillinresistenta stafylokockbakterier (*Staphylococcus aureus*) förkortat MRSA, som kan ge anledning till kroniska infektioner framför allt i huden, men som alltså inte går att behandla med antibiotika. Patienter som bär på dessa har stora restriktioner vad gäller yrkesval och sociala kontakter – nästan mer restriktiva än HIV-smittade individer. Man är exempelvis skyldig att upplysa om sådan smitta och även närstående har skyldighet att upplysa att de lever tillsammans med en person som bär på MRSA-smitta. All kontakt med sjukvården,

även tandläkare, blir extraordinär med skyddsutrustning etc. Se vidare *somatisk tvångsvård*.

Social paternalism ska ses i motsats till individuell paternalism och innebär att samhället eller representanter för samhället (exempelvis Socialstyrelsen) fattar paternalistiska beslut för stora grupper eller för hela befolkningen. Man utgår alltså ifrån att befolkningen inte vet sitt eget bästa och fattar beslut som man anser är i befolkningens bästa intressen. Ibland kan termen social paternalism användas metaforiskt t.ex. när man under Tredje riket talade om Adolf Hitler som det tyska folkets läkare som liksom en kirurg skulle se till att hålla samhällskroppen frisk och se till att om nödvändigt operera bort sjuka organ eller kroppsdelar. Se *medicinsk paternalism*, *svag paternalism* och *stark paternalism* samt *metaforer*.

LITTERATUR: Bremberg 2004, Proctor 1988.

Social smärta, se skadeglädje.

Solidaritet innebär att ett kollektiv gemensamt tar ansvar för individerna i kollektivets intressen. Ibland avses med solidaritetsprincipen den av Marx formulerade sloganen: ”Från var och en efter förmåga, åt var och en efter behov” som spelat en stor roll inom den socialistiska politiska traditionen. Rawls menade att hans differensprincip, som säger att samhällets nytigheter ska fördelas så att de sämst ställda har det så bra som möjligt, är ett uttryck för solidaritetstanken. Som juridisk term avses förhållandet att den ena parten har rätt att kräva att den andra parten fullföljer sina förpliktelser odelat. Solidaritet brukar ibland framhållas som en grundläggande, moralisk princip exempelvis i biobanksforskning och innebär då att deltagarnas motivation inte är egen vinning, utan möjligheten att bidra till hälsobefrämjande forskning som är till allmän nytta. Solidaritet är också en grundpelare för den offentliga vården i Sverige, där tanken är att man bidrar ekonomiskt efter förmåga via skatten och får vård efter behov. Se vidare jämlikhet.

LITTERATUR: Liedman 2000, Rawls 1972.

Somatisk tvångsvård tillämpas i vissa speciella situationer, framför allt i samband med behandlingen av patienter med smittsamma sjukdomar som kan ha epidemisk spridning och på så sätt vara samhällsfarliga. Denna typ av eventuell tvångsvård av beslutskapabla patienter regleras via smittskyddslagen. Somatisk tvångsvård kan också aktualiseras om ett minderårigt barn hindras från att få adekvat behandling, exempelvis om ett barn till föräldrar som är Jehovas vittnen motsätter sig att barnet får blodtransfusion. Somatisk tvångsvård kan vidare aktualiseras om än indirekt i samband med vård av patienter med en demenssjukdom. Även om koden till låset finns tillgänglig vid dörren så hålls exempelvis patienter med Alzheimers sjukdom i praktiken inlåsta eftersom de inte kan använda kodlåset. Det kan finnas gränfall mellan psykiatrisk och somatisk tvångsvård, exempelvis vid vissa hjärntumörer eller i slutstadiet hos vissa patienter med aids, som kan ge psykotiska symtom eller allvarliga personlighetsstörningar. Huntingtons sjukdom som är en genetisk dominant ärftlig sjukdom ger exempelvis också psykiska symtom.

LITTERATUR: Tännjö 2002.

Specialitetens prestige refererar till uppfattningar, föreställningar och värderingar som finns inom sjukvården om hur glamorösa eller intressanta olika medicinska specialiteter är. I en norsk undersökning från 1991 frågade man ett antal läkare och läkarstuderande på sin sista termin hur de uppfattade olika specialitetens prestige på en skala från 1 till 9, där 1 var låg prestige och 9 hög prestige. Högst låg neurokirurgi och lägst geriatrik. Frågan är om dessa uppskattningar också speglar en syn på patienterna och tilldelningen av resurser till de olika specialiteternas verksamhet. Och man kan diskutera om synen på specialiteterna också handlar om vilka patienterna är. Är det åldern eller könets på patienten som avgör? Är det sjukdomens karaktär: somatisk vs. psykisk? Är det frågan om att specialiteten använder sig av högteknologiska behandlingar eller mer lågteknologiska? Är det det dominerande kö-

net inom specialiteten som avgör dess prestige (mer än 95 % av svenska neurokirurger är män och drygt 65 % av geriatrikerna är kvinnor)? I dagens sjukvård och forskning talar man inte om prestigefyllda specialiteter eller forskningsområden, utan i dag talar man om spetsforskning och excellens. Se också *diagnosers prestige* och *humor*.

LITTERATUR: Albom 1991.

Speciesism, se artism.

Specificitet är ett epidemiologiskt uttryck för exempelvis en diagnostisk methods förmåga att klassificera en patient som frisk, dvs. testet är negativt, när patienten faktiskt är frisk eller inte har den aktuella sjukdomen, exempelvis en smittsam sjukdom. Om specificiteten av testet är låg finns det risk att man sjukförklarar personer som faktiskt är friska vilket ibland kan få stora negativa konsekvenser i form av onödiga behandlingar som innebär risker och biverkningar, onödig oro, livskriser eller depressioner. Detta blir ibland fallet då man screenat för bröstcancer och då med det diagnostiska testet (mammografi) fått misstanke om cancer som dock vid närmare undersökning exempelvis med biopsi eller operation visat sig vara felaktig. Det finns ofta en omvänd proportionalitet mellan medicinska tests sensitivitet och specificitet, eftersom många tester stipulerar ett tröskelvärde som indikation på sjukdom. Exempelvis är kolesterolhalt en indikator på hjärtsjukdom och AFP-värde på risk för ett foster med Downs syndrom hos en gravid kvinna. Sätts tröskeln högt får man få positiva men fler negativa falska och omvänt. Därför finns det anledning att fundera på när man ska satsa på det ena eller det andra. Generellt kan man säga att om sjukdomen i fråga kan förebyggas och är mycket allvarlig så bör man satsa på hög sensitivitet och om sjukdomen är väldigt stigmatiserande och lite kan göras för att förhindra den så bör man satsa på hög specificitet. Det finns dock andra saker som spelar in, som smittbarhet, risk för insjuknande, behandlingens sanno-

likhet för framgång och bieffekter osv. Se också screening.

Stamceller är en grundtyp av celler som har förmågan att utvecklas till andra celler. Det finns tre typer av stamceller som graderats efter deras förmåga eller potentialitet: totipotenta – som kan bli alla sorts celler inklusive en ny individ, typexempel är det befruktade ägget, pluripotenta – som har alla egenskaper som den totipotenta bortsett från förmågan att utveckla en ny individ, typexempel är celler från ett några dagar gammalt embryo eller mer sparsamt i navelsträngsblod och multipotenta – som kan utveckla sig till vissa kroppsegna celler och vävnader, typexempel är haemopatiska stamceller från benmärg, som förekommer enbart hos vuxna och i navelsträngsblod. Beroende på varifrån stamcellerna har utvecklats brukar man också skilja mellan embryonala och adulta stamceller. Om embryonala stamceller (ES) tas efter det att celldelningen har påbörjats så har man vanligen pluripotenta stamceller. Ny forskning har visat att man även kan ta totipotenta stamceller (enstaka och utan att förstöra embryot) i morulastadiet, dvs. stadiet innan blastocyststadiet när det befruktade ägget består av 32 likadana celler, men då det ännu inte har bildats ett ytterhölje kring det. På detta stadium vet man inte vilka av de aktuella cellerna som utvecklas till ett (eller fler) embryon och vilka som utvecklas till placentavävnad. Adulta stamceller är sådana som enbart tas från vuxna eller från navelsträngsblod.

Stamcellsforskningen har inte bara bidragit till utvecklingen av nya behandlingsformer, utan har närt förhoppningar om behandlingsmöjligheter av en rad degenerativa sjukdomar som alzheimers, parkinson, nervsjukdomar, hjärtinfarkt och diabetes. Stamcellsforskningen har generellt bidragit till att man utvecklat cellbiologin och haft tillfälle att revidera/revolutionera teorier om olika cellers och vävnaders förmåga att regenerera. Enligt Giulio Bizzozeros (1894) uppdelning av vävnadstyper efter deras förmåga att regenerera så fanns det labila vävnader som testikel, ovarier, lymfknutar, talg-

körtel, tarmepitel, benmärg och mjälte, sedan kom stabila vävnadstyper som lever, ben och slätmuskel och sist permanenta vävnader som nervvävnad och tvärrandig muskulatur (exempelvis i ett hjärta). Denna uppdelning har med stamcellsforskningen helt förkastats eftersom det visat sig att både nervvävnad och hjärtmuskulatur kan regenerera och man indelar snarare vävnader efter deras livstid i termer av långlivade (exempelvis cellerna i ögats lins) och kortlivade och snabbt tillökande eller prolifererande (exempelvis tarmepitel och blodceller).

Under det att forskning om adulta stamceller har varit etiskt oproblematiskt och påskyndats av nästan alla oavsett politisk och religiös uppfattning, så har forskning om ES varit mer eller mindre kontroversiell. Anledningen till detta är frågan om huruvida det befruktade ägget ska tillskrivas moralisk status eller inte. De som vill tillskriva det befruktade ägget och en morula, en blastocyt eller ett mer utvecklat embryo moralisk status, som exempelvis den katolska kyrkan och andra religiösa och politiska rörelser, anser att all forskning om och med ES är oförsvarbar, då man anser att livet börjar med det befruktade ägget. Eftersom ett embryo är en förutsättning för att kunna odla ES och detta vanligen inte kan ske utan att själva embryot förstörs anser man att detta är att likställa med dödandet av ett potentiellt liv. Vissa anser att det strider mot *människovärdesprincipen* eller att ett embryo har mycket högt *skyddsvärde* och därför inte bör användas instrumentellt, dvs. enbart som ett medel för andra, även om det övergripande syftet (att hjälpa många andra) är gott. Ett annat argument emot ES-baserad forskning är relaterat till frågan om det *sluttande planet*. Om vi accepterar kärnöverföring (kloning) för terapeutiska ändamål så finns risken att vi snart kommer att acceptera kloning för reproduktiva ändamål. Vidare frågar motståndarna sig vad som händer med ett samhälle där man tillåter att människor används som enbart ett medel för andra, även om syftet är gott. De som inte anser att ett embryo har moralisk status (människovärde) eller har lågt skyddsvärde kan acceptera att ES odlas och används för te-

rapeutiska ändamål. Man talar då vanligen om terapeutisk kloning eller kärnöverföring av den somatiska celltypen man önskar utveckla till ett ägg. Det är frågan om odling av cellinjer där man enbart använder sig av en del av embryot och resterande delen förstörs. Om man skulle låta ett sådant embryo leva vidare så skulle man i princip kunna få fram en ny individ, så som det exempelvis skedde med fåret Dolly. Denna typ av utveckling kallas reproduktiv kärnöverföring eller reproduktiv kloning och med tanke på de problem Dolly fick i form av tidigt åldrande, har man än så länge förbjudits kärnöverföring i reproduktivt syfte med människor (se *epigenetik*). Med tanke på vad man skulle kunna åstadkomma med kärnöverföring i terapeutiskt syfte finns det framtidsscenarioer där man kan odla vävnader och organ som kan ersätta sådana som har degenererats eller blivit förstörda. Man kan också föreställa sig att man i framtiden skulle kunna göra djurförsök överflödiga och testa exempelvis nya läkemedel och medicintekniska produkter på artificiellt odlade system. Stamcellsforskningen går fort och modifieringar av stamceller och stamcellslinjer kan ske även med nanoteknologiska metoder, exempelvis att påverka och styra cellytans receptorer.

Vanligen tas embryon från IVF-verksamhet där embryon (oftast inte de bästa) har blivit över. Av den anledningen har man nu också börjat ta ägg från kvinnor som antingen av altruistiska skäl eller mot betalning är beredda att sälja ägg för senare somatisk kärnöverföring.

Eftersom den traditionella ES-forskningen har baserat sig på att man använt en del av embryot och kastat resterande del och därmed förstört ett potentiellt liv, så har en ny teknik utarbetats där man i morulastadiet tagit en enstaka stamcell medan det resterande embryot inte destruerats. Man anser att man på detta sätt kringgått de problem som anförts av motståndare till ES-forskning. Nyare forskning har också indikerat att det möjligen går att utveckla stamceller med ES-potential utan att ta dem från ett embryo och om detta kommer att fungera kommer man sålunda att kringgå behovet

av ES utvecklade från embryon. Man har sålunda lyckats att omprogrammera redan utvecklade celler, exempelvis hudceller, och med hjälp av speciell teknik lyckats få dem att backa och inducera totipotenta stamceller. Denna kreativa teknologiutveckling är delvis ett resultat av det politiska motståndet mot ES-forskningen i USA under Bush-administrationen 2001–2008, då man var tvungen att hitta nya vägar.

Som det framgår ovan används även i detta sammanhang ett *potentialitetsargument*. Ett befruktat ägg uppfattas av dem som anser att det har moralisk status som en potentiell människa och som sålunda omfattas av mänskliga rättigheter etc., oberoende av om det har befruktats på naturlig väg, vid IVF eller med somatisk kärnöverföring. Potentialitetsargumentet är dock problematiskt. Det är vidare relativt få befruktade ägg som i ett naturligt sammanhang faktiskt utvecklas till en människa. Enligt försiktiga uppskattningar avbryts cirka 75 % av alla graviditeter spontant, ofta i tidiga stadier av befruktningen. Om man nu anser att befruktade ägg ska ha samma rättigheter som födda människor kan man fråga sig varför man inte anstränger sig mer för att rädda dessa embryon. Vidare kan man fråga sig varför det inte är acceptabelt att göra något för att uppnå goda effekter som naturen ändå gör tre gånger av fyra utan att någon får något ut av det alls. Dessutom kan det bildas tvillingar fram till två veckor in i graviditeten. Med andra ord kan inte det nyss befruktade ägget vara en unik individ, eftersom det kan bli fler individer. Om inte tvillingar ska ses som kvantitativt identiska individer, dvs. ordagrant ses som en och samma individ, så kan det inte vara sant att den mänskliga individen blir till förrän tidigast efter två veckor, då tvillingdelning inte längre är möjlig.

En speciell etisk problematik kring stamcells forskning generellt är de stora förväntningar man ställer på denna och därmed också de resurser som forskarna inom området tilldelas – kanske i relation till löfteshorisonten. Kommersialiseringen och patenteringen av metoder för stamcellsodling och utveckling

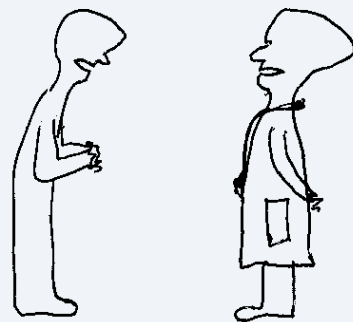
kan också påverka vad vi i slutändan står med, speciellt om det visar sig att löftena inte kan infrias, på samma sätt som genterapiforskningen var lovande men hittills inte visat på stora genombrott, i alla fall inte för patienter med genetiska sjukdomar.

LITTERATUR: Devolder 2007, Hedner 2004, SMER 2002.

Stark paternalism innebär att man fattar beslut i patientens ställe för patientens eget bästa trots att patienten är fullt kapabel att själv fatta beslut eller åtminstone delta i beslutsfattandet. Det kan ske exempelvis genom att man undanhåller viktig eller relevant information eller helt enkelt ställer patienten inför ett fullbordat faktum. Stark paternalism innebär alltså en kränkning av patientens autonomi. Se också *medicinsk paternalism* och *svag paternalism* samt *social paternalism*.

Snälla doktorn,
jag vill helst
inte höra mer om
min sjukdom.

Snick-snack, jag vet
att det är bäst för
dig att få reda på
hela sanningen.



Stark paternalism?

STD är en förkortning av Sexually Transmitted Diseases och är en beteckning för olika könsjukdomar som obehandlade kan vara ett hot mot en människas hälsa. Se exempelvis aids och smittskyddslagen.

Sterilisering innebär att man med ett kirurgiskt ingrepp blockerar en mans sädesledare eller en kvinnas äggledare för att på detta sätt hindra graviditet och därmed barnalstring. Sterilisering som led i familjplanering ansågs före 1975 som ett hot mot samhällets intresse som gick ut på att hålla uppe nativiteten gällande goda anlag. Om kvinnan och mannen hade goda genetiska anlag så talade man om okynnessteriliseringar även om kvinnan hade fött tio barn eller fler – man talade om utsläpade mödrar. Kontroll över den reproduktiva hälsan fick den enskilde först med den nya lagstiftningen 1975. Sterilisering genomfördes dock enligt lag mellan 1935–1974 på sådana individer som inte ansågs kunna axla ett föräldraansvar eller ansågs överföra sjukdomar eller sjukdomsanlag vidare till avkomman. Se också *tvångsterilisering* och *parasitering*.

Stigmatiserande tillstånd/sjukdomar

är sådana som socialt sett kan kännas skamliga eller i vissa fall kan föranleda diskriminering. Man kan enligt sociologen Johan Asplund skilja mellan två former av sociala stigmata: 1) sådana som är uppenbara för alla, t.ex. de syns på huden (exempelvis lepra, munsår, akne etc.), kroppsform (deformiteter, vissa kromosomavvikelser, spastisk förlamning, extrem övervikt etc.) eller genom personens beteende (blindhet, psykiskt funktionshinder etc.) eller kan upptäckas om individen ifråga talar eller inte reagerar på tilltal (exempelvis stamning, mental retardering och dövhet) eller 2) sådana som enbart kan upptäckas genom olika test eller intervju (exempelvis HIV, MRSA, tuberkulos, missbruk, frigiditet, impotens etc.). Hur stigmatiserande ett tillstånd är beror på hur man själv upplever tillståndet eller hur det uppfattas av andra. Även om det i dag är etiskt kontroversiellt att diskriminera andra människor i

ovannämnda avseenden kan det inte uteslutas att det i praktiken förekommer eller att människor själva kan uppleva sina tillstånd som socialt stigmatiserande. Se också *metaforer* och *självförvårdad sjukdom*.

LITTERATUR: Asplund 2006.

Stoicism var en filosofisk rörelse eller lös skolbildning som fanns i den hellenistiska och romerska världen århundradena runt Kristi födelse. Stoikerna var pessimistiska över vår förmåga att kontrollera det yttre. Att leva ett gott och lyckligt liv handlar därför om att i så stor utsträckning som möjligt göra sig oberoende av det yttre och inte hänga upp sin glädje och sina känslor på hälsa, välbefinnande och samhällsposition, eftersom dessa styrs av sådant vi ändå inte råår över. I stället ska man kultivera sitt inre och bli en dygdig person som står över omvärldens förändringar och inser att allt sker efter en ordning som man inte kan styra: ”Vad som än händer så ska du bära det som om du ville det”, som den framstående stoikern Seneca (4 f.v.t.– 65 e.v.t.) sade. Andra kända stoiker var kejsaren Marcus Aurelius och slaven Epiktetos. Stoicismen betonar alltså den enskilda individen och dennes förmåga att ta vara på sig själv. Stoicismen är känd för sin strävan att göra sig fri från passioner (pathe, som också är besläktat med ordet passiv, dvs. påverkbar) som exempelvis lust, smärta, önskan och fruktan, vilka ansågs vara sjukliga tillstånd. Apati blir därför ett ideal, men dock inte så att man är ointresserad av andra människor. I första instans rör det den närmaste familjen, men även alla förnuftsvarer som ju den enskilde är besläktad med. Stoikerna förespråkade därmed en universalistisk moral, med tonvikt på gemensamma mänskliga rättigheter och likhet inför lagen. Eftersom alla människor är förnuf-tiga skapar detta enligt stoikerna en grundläggande likhet mellan människor. Rädslan för att dö är också helt onödig eftersom döden inte nödvändigtvis är något ont och vissa stoiker, exempelvis Seneca, ansåg till och med att döden skulle kunna uppfattas som en väg till frihet. Självmord ansågs därför vara en etiskt neutral

handling. Epiktetos skrev: ”Lev så länge det är angenämt; om spelet inte behagar dig längre, gå; om du stannar, klaga inte.” Se också *humanism* och *kognitiv beteendeterapi*.

LITTERATUR: Andersen 1993, Marc-Wogau 1970, Skirbekk et al. 1993.

Stoiskt lugn är ett speciellt tillstånd som en stoiker befinner sig i och varigenom denne uppträder gentemot andra. Det uppstår till följd av en strävan efter att göra sig fri från känslor och passioner. Man säger sig ha uppnått ett stadium av stoiskt lugn då man inte låter sig beröras eller påverkas av andras eller egna passioner. Se *stoicism*.

Straff är ett samhälles sanktion mot en person eller grupp som har handlat emot samhällets lagar. En handling som typiskt ger anledning till straff är mord eller kränkning av en annan individ kroppsligt (kroppsskada) eller på annat sätt, som exempelvis genom våldtäkt. Ett straff kan ha flera motiv och ett exempel på motiv kan vara vedergällning eller hämnd. Ett generellt preventivt motiv är att avskräcka andra människor från att handla på samma sätt, vilket egentligen är en tankegång som kan spåras till Benthams hedonistiska utilitarism. Enligt Bentham har inte straff egenvärde och världen blir inte bättre av att någon utsätts för det lidande som ett straff innebär. Straff bör därför utmätas för att förhindra andra större lidanden genom att avskräcka framtida brottsutövning i möjligaste mån, vare sig det handlar om individens egen brottslighet eller andras. Ett annat preventivt motiv är att inte enskilda människor ska ta lagen i egna händer och straffa den misstänkta på eget initiativ och utan rättegång. Ett samhälles straff mot individer som begår brott mot vedertagna regler/lagar förutsätter vanligen att den som misstänks för brottet får sin sak prövad vid en rättegång. Problemet med straffsystemet är att oskyldiga kan dömas och skyldiga kan gå fria. Om oskyldiga döms talar man om justitiemord och om skyldiga går fria finns det risk att de som drabbas tar lagen i egna händer eller att den skyldiga kan begå nya brott. Moralfiloso-

fiskt kan man diskutera om hotet om straff är det enda sättet att få människor att handla rätt. Men om straff har en avskräckande effekt och kan förebygga brott så går det konsekvensetiskt att argumentera för straff även då det finns risk att fel person döms. Vidare kan man diskutera vad som rättfärdigar straff och den diskussionen kan föras både i termer av dygdetik (Aristoteles), egoistisk etik (Hobbes), utilitarism (Bentham/Mill) och pliktetik (Kant).

Inom hälso- och sjukvården är det sällan som det väcks allmänt åtal mot läkare eller annan sjukvårdspersonal. Det mesta av sjukvårdspersonalens verksamhet regleras av hälso- och sjukvårdslagen och den mer detaljerade lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, LYS, medan eventuella klagomål, försummelse samt sanktioner (påföljder) vanligtvis regleras via Hälso- och sjukvårdens ansvarsmyndighet. Här tar man upp anmälningar som görs huvudsakligen av patienter eller närstående, samt av tillsynsmyndigheten (Socialstyrelsen). Eventuella påföljder kan i värsta fall vara att läkaren förlorar sin legitimation, men läkaren kan också få en varning eller som mildast en erinran. Detta system håller dock på att ändras så att påföljderna i mindre omfattning ska drabba någon enskild yrkesutövare och i högre grad fokusera på systemfel (se även *patientnämnder*). En nyligen genomförd utredning om patientsäkerhet (SOU 2008:117) föreslår bland annat att man ska tona ner syndabockstänkandet eftersom det kan avleda uppmärksamheten från systemfel. Ett förslag är också att Socialstyrelsen ska ges ett ökat ansvar och att patienter och närstående inte längre ska kunna vända sig direkt till HSN. Detta kan dock få motsatt effekt eftersom patienter ofta klagar just på en speciell vårdgivare och inte över systemet. Patienter kan, i frånvaro av möjlighet att ställa individer till ansvar, i stället vända sig till polis och åklagare med risk för att enskilda vårdgivare därmed åtalas vid domstol.

Även inom etikprovningssystemet kan en forskare som bryter mot forskningsetiska regler numera straffas. Se också *Hammurabis lagar*.

LITTERATUR: SOU 2008:117

Strålexperimenten refererar till de experiment på människor som ägde rum under åren 1944–1975 i USA. Experimenten initierades med anledning av en smärre olycka som inträffade i Los Alamos i New Mexico 1943 i samband med utvecklingen av den amerikanska atombomben, det s.k. Manhattanprojektet. En forskare blev exponerad för en liten dos plutonium och man visste inte så mycket om de medicinska effekterna av olika typer av radioaktiva ämnen som man jobbade med. Den vetenskapligt ansvariga för projektet, professor Robert Oppenheimer (1904–1967), och den administrativa chefen, general Leslie Groves (1896–1970), kom därför överens om att av hänsyn till personalens säkerhet genomföra medicinska experiment med radioaktiva ämnen, dock på villkoret att de genomfördes på annan ort. Detta blev startsignalen för en lång rad av olika medicinska projekt där man utsatte både friska och terminalt sjuka människor för olika slags joniserande strålning. Experimenten fortsatte även efter kriget och kom då att inkludera både förståndshandikappade barn, gravida kvinnor och fångar. Det genomfördes även observationsstudier av etniska minoritetsgrupper och soldater som hade utsatts för radioaktiv strålning i samband med provsprängningar av atomvapen. Med undantag av fångarna i fångelserna var försökspersonerna i de flesta fallen inte informerade.

I mitten av 1990-talet blev det allmänt känt att dessa försök hade ägt rum och den amerikanska presidenten, Bill Clinton, tillsatte en utredning som ledde fram till en rapport (The Human Radiation Experiments. Final Report of the President's Advisory Committee 1996) där man speciellt försöker att beakta problemen med att värdera dåtidens handlingar med nutidens värderingsgrunder. Man betonar att det finns vissa principer och förhållningssätt som är mer eller mindre ”eviga” som exempelvis den *gyllene regeln* och i medicinska sammanhang det *hippokratiska* idealet att göra gott och inte skada.

LITTERATUR: The Human Radiation Experiments 1996, Lynöe 1999.

Ställföreträdande eller vikarierande beslut görs då en patient inte själv kan uttrycka sina önsknings, åsikter eller värderingar. En ställföreträdare kan vara en närstående eller god vän, men även andra personer kan träda in och vikariera beslutsfattandet. Ett livstestamente eller ett advance directive kan fungera som hjälp för ställföreträdaren, exempelvis i frågor om organdonation eller ställningstagande till ett eventuellt avslutande av livsuppehållande behandlingar i livets slutskede, eller om patienten befinner sig i ett permanent vegetativt tillstånd. Problemet är att patienter som hamnar i situationer där de inte längre själva kan fatta beslut än så länge sällan har uttalat sina önskemål om vård eller avslutande av denna. Det kan i vissa sådana fall uppstå diskussion mellan olika närstående om en patients åsikter och värderingar, och man har i sådana fall gjort upp en rangordning där make/maka står först, sedan föräldrar/barn och sist syskon.

Ett spektakulärt fall som illustrerar denna problematik var den amerikanska kvinnan Terry Schiavo som sedan tio år låg i ett permanent vegetativt stadium till följd av ett hjärtstopp och en därmed följande hjärnskada. Hon gavs näring med hjälp av en magsond (PEG) vilket var enda sättet att hålla henne vid liv. Maken ville att patienten skulle få avsluta behandlingen med hänvisning till att tillståndet var permanent och att patienten själv skulle ha velat avsluta den om hon hade haft möjlighet att uttala sina önsknings. Föräldrarna däremot ansåg att tillståndet inte var permanent, trots att flera skanningar av hjärnan och kliniska data indikerade att hjärnan var mycket svårt skadad, och att rehabilitering var möjlig och att behandlingen därför skulle få fortsätta. Ärendet hamnade i flera omgångar i domstol där man gick på makens linje, men domarna överklagades och sonden sattes ut och in igen vid flera tillfällen för att till sist tas ut. Patientens dog sedan efter cirka tio dagar. Fallet illustrerar både hur olika tolkningar av empiriska data kan leda till olika slutsatser (var hon i ett permanent vegetativt stadium eller inte) och hur viktigt det är att man inför närstående och gärna andra

vittnen tydligt uttalar eller skriver ne sina önskingar om vad som ska ske i sådana situationer. Det är dock inte alltid en garanti för att man får det som man vill, se *proxy consent*.

LITTERATUR: Broström 2007, DeGrazia 2005, SOU 2004.

Stöld av hypoteser eller vetenskapliga resultat, se *forskningsfusk*.

Suboptimal är en term som används inom medicinen om behandlingar och utredningar och kan illustreras genom både överutredning och underutredning samt överbehandling och underbehandling. Effekten av en handling är alltså suboptimal om den leder till att man gör för lite eller för mycket. Det finns exempel på suboptimal behandling inom många specialiteter men ett tydligt exempel hittar man inom intensivvården i fall då man ger maximal vård till en döende patient, fastän man skulle kunna klassificera behandlingen som meningslös. Inom åldringsvården och bland hemlösa finns många exempel på underbehandling. Se också *kontraföfaktal effekt*.

Subparadigm är ett uttryck som används för att illustrera att det inom ett och samma vetenskapliga paradigm kan finnas flera olika underordnade paradigm som har några viktiga gemensamma egenskaper med huvudparadigmet. Begreppet subparadigm kan förstås i analogi med begreppet dialekter inom ett och samma huvudspråk, exempelvis svenska där man till exempel kan tala Kalixmål, gotländska, skånska eller Lidingösmål etc. På samma sätt kan till exempel det biomedicinska paradigmet inbegripa en rad olika subparadigm som det kliniska subparadigmet inom vilket man fokuserar på utvecklingen av diagnostiska och terapeutiska metoder och för detta ändamål använder sig av randomiserade kliniska studier, det folkhälsovetenskapliga subparadigmet där fokus är befolkningens hälsa och där man använder sig av epidemiologiska metoder eller det kan röra sig om omvårdnadsforskning där man fokuserar relationen mellan patient och behandlare och

ibland använder sig av kvalitativa metoder. Det biomedicinska paradigmet kan i sin tur ses som ett subparadigm till det allmänna naturvetenskapliga paradigmet, vilket paradigmbegreppets fader Kuhn ansåg.

LITTERATUR: Kuhn 1979, Johansson et al. 2008.

Superveniens är ett beroendeförhållande som råder mellan två typer av egenskaper. Inom moralfilosofin är det exempelvis allmänt accepterat att moraliska egenskaper, som exempelvis ”god”, är beroende av (eller supervenierar på) naturliga egenskaper. Och naturliga egenskaper ska här förstås som icke-moraliska egenskaper vid en viss tidpunkt. Om jag exempelvis anser att abort är acceptabelt (moralisk egenskap) i en faktisk situation (som består av en uppsättning naturliga egenskaper) så måste jag också anse abort vara acceptabelt i en annan situation som i alla relevanta avseenden är likartad. Superveniensrelationen består alltså i att om två tillstånd är fullständigt identiska med avseende på alla naturliga egenskaper så är de med nödvändighet identiska med avseende på de moraliska egenskaperna. Om man kommer fram till att de moraliska egenskaperna är olika (i det ena fallet är abort moraliskt tillåtet, i det andra inte) och de faktiska förhållandena är identiska så kan man konstatera att det finns inkonsistens i sättet att resonera. Accepterar man inte superveniensrelationen så har man satt sig utanför den rationella diskussionen som förutsätter att man respekterar motsägelseprincipen. Om vi respekterar superveniensrelationen och kommer fram till att det i två situationer finns skillnader mellan två handlingars eller personers moraliska egenskaper, så måste det med nödvändighet finnas en skillnad i de naturliga egenskaperna, dvs. de faktiska situationerna är inte lika i relevanta avseenden.

Att moraliska egenskaper supervenierar på de naturliga, innebär alltså att naturliga egenskaper ”drar med sig” moraliska egenskaper eller att moraliska egenskaper ”finns i kraft av” naturliga egenskaper. Detta medför inte att moraliska egenskaper är naturliga egenskaper

och att säga det är enligt många att göra det *naturalistiska felslutet*. Det finns dock de som hävdar att superveniensrelationen som råder mellan naturliga och moraliska egenskaper bäst förklaras av att moraliska egenskaper är naturliga, nämligen s.k. *naturalister* inom *metaetik*.

Det finns två anledningar till att understryka betydelsen av superveniens i detta sammanhang. För det första pekar superveniensrelationen på att det verkar finnas vissa begreppslika eller *a priori*-sanningar inom moralen. Om man säger om två företeelser som är helt identiska i alla avseenden (utom kanske tid och plats) att det ena är bra och det andra är dåligt så verkar man inte bara göra ett moraliskt misstag, utan det verkar också som att man inte ens förstått hur man ska använda det moraliska språket – man accepterar *motsägelser*. Moralfilosofen Hare tog fasta på detta när han hävdade att moralen i denna mening är universalistisk.

För det andra innebär detta att man alltid kan ställa en person till svars för varför han/hon bedömer till synes lika situationer olika. Den som gör det bör kunna ange vilka relevanta moraliska skillnader det finns. Med andra ord blir det utifrån superveniensrelationen naturligt att fråga sig vilka skillnader som är moraliskt relevanta. Se också *dubbelmoral*.

Supervenienstanken är typiskt tillämpbar vid diskussioner om rättvisa. Om man som sjukvårdspersonal står med två patienter med samma medicinska behov (lider av instabil angina pectoris), patienterna är lika i alla biologiska avseenden (samma biologiska ålder, samma kön, samma kroppsbyggnad, samma prognos med och utan behandling etc.) men den ena patienten är en papperslös flykting och den andra är svensk medborgare och skattebetalare som omfattas av sjukförsäkring etc., är frågan om det går att argumentera för att det finns en tillräckligt moraliskt relevant skillnad mellan dessa två patienter för att man ska kunna motivera att behandla den ena och inte den andra?

Intressant nog var utgångspunkten för Hare att han ville visa att det är vi människor som projicerar våra värden på världen och att värden

inte kan upptäckas som naturliga fenomen som redan finns i världen. Även om Hare sålunda företräder en *non-naturalistisk* uppfattning av etik så kan hans superveniensrelation tillämpas oberoende av om man är naturalist eller non-naturalist, kognitivist eller non-kognitivist etc.

LITTERATUR: Miller 2003.

Surrogatbeslut, se ställföreträdande beslut och presumerat samtycke.

Surrogatmamma är en kvinna som tagit på sig att föda ett barn åt en annan familj (man och kvinna) där mamman inte själv har kunnat bli gravid eller förmår att genomgå en graviditet. Man kan tala om surrogatmamma både om den aktuella kvinnan har blivit inseminerad med sädesceller från mannen i den barnlösa familjen och om man via in vitro-fertilisering (IVF) har fått ett befruktat ägg som sedan kan överföras till surrogatmamman. Surrogatmamman föder sedan det aktuella parets barn. Det har i vissa fall uppstått konflikter där en surrogatmamma har önskat att själv behålla det barn hon framfött och det har då blivit tvister om vem som egentligen är förälder och om vem som har föräldrarätten, även om det inte är särskilt vanligt (i cirka 2 % av fallen).

Surrogatmödraskap är inte tillåtet enligt svensk lag, men det låter sig eventuellt ändå göras, genom att en kvinna kan insemineras utomlands, föda barnet och sedan avsäga sig vårdnaden. Därefter kan partnern till den genetiske fadern göra en närståendeoption. IVF-behandling för detta ändamål i Sverige är dock inte möjligt, då sådan behandling i dag endast medges för par som levt ihop minst ett år, och där minst en av föräldrarna är genetiskt kopplad till barnet. Däremot förekommer det att svenska par vänder sig till exempelvis indiska kvinnor som mot betalning genomför graviditeten. Se *medicinsk turism*.

LITTERATUR: Tännjö 1991.

Svag paternalism är relaterad till en patients autonomi och innebär att om patienten har nedsatt eller är helt utan autonomi – tillfälligt eller permanent – så är de beslut som tas i syfte att hjälpa patienten paternalistiska, men eftersom autonomi är nedsatt eller obefintlig så anses paternalismen vara svag. Det skulle till och med kunna anses som oetiskt att inte hjälpa en patient som kommer in medvetslös på akuten på ett sätt som man antar är i patientens bästa intressen. Man kan säga att man låter göra gott-principen, övertrumfa autonomiprincipen vilket är ännu tydligare när man talar om *stark paternalism*.

Swampy lowland är en metafor för beskrivningen av den verklighet som många yrkesverksamma (inom exempelvis sjukvården) ska försöka att orientera sig i. Den ska ses i kontrast till höglandets torra, överblickbara och tydligt avgränsade vägar så som de beskrivs i läroböcker och teorier om verkligheten. Ibland kan man även använda sig av tankeexperiment där man frigör sig helt från verklighetens störande brus. Swampy lowland är en metafor som är hämtad från Donald Schöns bok *The Reflective Practitioner* och är också illustrativ för beskrivningen av den kliniska verkligheten i jämförelse med hur sjukdomar och symtom beskrivs i läroböcker och hur de ska utredas och behandlas. I verkligheten kan läkaren eller annan vårdgivare råka ut för patienter som inte vill utredas, inte vill ha den behandling som annars skulle kunna kurerat patienten, närstående kan ha synpunkter, patienten vill kanske ha en utredning eller behandling som inte är indicerad etc. För att kunna hantera sådana situationer måste klinikern ha lång tids erfarenhet av många patientmöten och det är först då man varit verksam inom en specialitet i 10–12 år som man kan börja orientera sig ”in the swampy lowland.” Metaforen illustrerar sålunda också skillnaden mellan en novis och en expert som exempelvis utvecklat sin tysta kunskap och etisk kreativitet.

LITTERATUR: Dreyfus et al. 1986, Schön 1983.

Sympati är ett uttryck för medkänsla eller medlidande. I vardagsspråket har termen alltmer blivit synonym med allmänt gillande eller en välvillig inställning.

Syntetiska påståenden är påståenden vars sanningshalt kan avgöras enbart genom empiriska undersökningar, som exempelvis ”Jorden är rund” eller ”Magsår (peptiskt ulcus) beror på en bakterie”. Syntetiska påståenden ställs vanligtvis i motsats till analytiska påståenden, som är sanna eller falska enbart i kraft av de begrepp som ingår i dem. Ett annat sätt att beskriva analytiska påståenden är att säga att de kan bevisas enbart med logikens lagar eller språkliga definitioner. Så är exempelvis ”Alla trianglar har tre kanter” ett analytiskt påstående, eftersom det är sant att trianglar har tre kanter i kraft av vad en triangel är rent begreppsligt. Med andra ord är det sant per definition att alla trianglar har tre kanter. På samma sätt är ”Mödrar har barn” analytisk, medan ”Mödrar är väna” är en syntetisk sats, eftersom det krävs empiriska undersökningar av mödrar för att avgöra om det stämmer eller inte.

Inom framför allt logisk positivism har distinktionen spelat stor roll. Ibland har logisk positivism karakteriserats som idén att alla meningsfulla satser antingen är analytiska eller syntetiska. Om vi inte kan avgöra om en sats stämmer med empiriska undersökningar eller begreppsanalys så har den inget kognitivt innehåll. Därmed tänkte man sig att exempelvis moraliska omdömen saknar kognitivt innehåll (se *emotivism*). Under efterkrigstiden har distinktionen kritiserats, och mest känd är kritiken framförd av filosofen Quine, som menade att man inte kan göra reda för vad som karakteriserar analytiska satser utan att använda andra begrepp som är i lika stort behov av förklaring som begreppet analytisk själv. Vad som räknas som syntetiskt eller analytiskt är i stället teoriberoende, enligt Quine. Om vi exempelvis har en teori som säger att alla svanar är vita och stöter på vad som verkar vara en svart svan, kan vi antingen säga att det inte är en svan, eftersom svanar per definition är vita,

eller att teorin var felaktig och att det trots allt finns svarta svanar. Vad vi väljer att göra beror på vad som ger en mer lätthanterlig teori, även om vi kanske inte är medvetna om att det är ett val vi gör. Om vi accepterar Quines tankegång innebär det att det inte entydigt går att falsifiera en vetenskaplig teori, eftersom vi i stället kan revidera teorins terminologi.

LITTERATUR: Föllesdal et al. 2001, Næss 1970.

Särläkemedel är benämningen på läkemedel som används enbart på patienter med mycket sällsynta tillstånd eller diagnoser. Med tanke på att det är mycket kostsamt och även vanskligt att utveckla denna typ av nya läkemedel är den ekonomiska räntabiliteten vid utvecklingen av dem också problematisk. De flesta stora läkemedelsbolag har sålunda avstått från att utveckla sådana läkemedel. Dock har det under senare år och med initiativ av representanter från till exempel svenska Läkemedelsverket utvecklats en rad särläkemedel av mindre, innovativa företag. Men eftersom utvecklingskostnaderna är lika stora som vid utvecklingen av andra läkemedel

och indikationsområdet är så smalt och patienterna få, kan kostnaden för behandlingen av de sällsynta tillstånden bli mycket hög. Årskostnaden för vissa typer av behandlingar kan i vissa fall uppgå till 10–20 miljoner kronor, och detta innebär då att man måste ställa tydliga krav på nyttan. Om man ändå kan argumentera för att även dessa patienter som oftast är barn (det är oftast frågan om medfödda avvikelser och man talar också på engelska om orphan drugs) ska få sina medicinska behov tillgodosedda, så ska detta ses som uttryck för att behovs- och solidaritetsprincipen dominerar i svenskt prioriteringssammanhang (se *prioritering*). Patienter med sällsynta sjukdomar har också rätt att få sina tillstånd behandlade. Skulle man sätta kostnadseffektivitet högre än behov och solidaritet, skulle man kunna argumentera för att man skulle kunna öka livskvaliteten avsevärd mera om resurserna skulle användas till andra ändamål. Hur många hemlösa skulle exempelvis inte kunna få tak över huvudet och förbättra sin livskvalitet för dessa belopp? Se också *kostnadseffektivitet* och *prioritering*.

T

Tala sanning-principen säger att exempelvis en läkare bör följa principen eller regeln om att man ska tala sanning eller åtminstone inte fara med lögn. Vissa, exempelvis utilitarister och dygdetiker, menar att detta enbart är en tumregel som kan övertrumfas om tillräckligt mycket annat står på spel, exempelvis någons liv eller livskvalitet. De pliktetiker som menar att undvikandet av lögn enbart är en prima facie-plikt skulle instämma i detta. Däremot menade pliktetikern Kant att tala sanning-principen är absolut och aldrig avsiktligt får brytas. Det är dock tveksamt om det följer av hans egen etik, då han ju menade att man enbart ska handla i enlighet med maximer som kan upphöjas till allmän lag. Maximen ”Ljug när det passar” kanske inte skulle kunna upphöjas till allmän lag. Om det vore allmän lag skulle nog förtroendet för vad folk säger undergrävas så till den grad att lögn skulle bli meningslösa. Men däremot maximen ”Ljug när det räddar människoliv” verkar fullt möjlig att upphöja till allmän lag. Ett liknande resonemang är tillämpligt på regelutilitarismen, som också brukar antas entydigt förkasta lögnen. Regeln ”Ljug närhelst det passar” har förmodligen sämre konsekvenser allmänt tillämpade än en regel som förbjuder detta. Men regeln ”Ljug när det räddar människoliv” verkar å andra sidan ha bättre konsekvenser än en regel som förbjuder detta. Så varför inte denna mer specifika regel, kan man undra.

LITTERATUR: Bok 1980.

Tankeexperiment används ofta inom moralfilosofin men också av empiriska vetenskaper och har då kunskapsteoretisk betydelse. Ett exempel på ett moralfilosofiskt tankeexperiment är fångarnas dilemma, men även de resonemang som ligger bakom reductio ad absurdum-argu-

ment så som de används av exempelvis Kant. Vidare används tankeexperiment av John Rawls då han utvecklar sin modell för en rättvis fördelning. Rawls tänker sig att de som ska komma överens om samhällets utformning befinner sig bakom en slöja av okunnighet om vilken roll eller funktion de kommer att ha i samhället, dvs. att de inte vet om de föds med handikapp eller har god hälsa, om de är unga eller äldre, om de är rika eller fattiga, om de blir framgångsrika eller inte etc. Vi förväntas alltså bortse från den position vi faktiskt befinner oss i. Fördelen med att använda tankeexperiment är att vi därigenom kan idealisera och abstrahera från en rad störande variabler som alltid finns i verkliga livet och därmed renodla och isolera den problematik vi önskar fokusera på. Se också *ceteris paribus* och *Swampy lowland*.

Tappa ansiktet är uttryck för den psykiska smärta som kan uppstå då en person upplever att hans/hennes *värdighet* har kränkts eller blir påkommen med ett beteende som han/hon uppfattar som olämpligt. Män kunde förr i tiden uppleva sig tappa ansiktet om det kom fram att hans hustru var honom otrogen och han sålunda av omgivningen uppfattades som hanrej. Detta kunde i sin tur leda till att den beordrade mannen utmanade sin rival på duell för att på detta sätt antingen dö på ett hedersamt sätt eller döda sin rival och sålunda få upprättelse. Att tappa sin värdighet på annat sätt, t.ex. genom att vara tvungen att leva på ett ovärdigt sätt kunde tidigare i Japan få samurajer att begå självmord på ritualiserat och socialt accepterat sätt, s.k. harakiri. Harakiri utfördes ofta med en assistent som efter det att delinkventen hade skurit upp sin egen mage halshöggt honom. Samurajer kunde också använda sig av hara-

kiri om deras egna normer och värdighet kom i konflikt med lagen eller order som de fått. I de nordiska sagorna beskrivs också hur olika släktfejder påbörjades genom att någon hade förnärmat en annan släkts överhuvud till exempel genom att antyda att mannen ifråga var kvinnoaktig – exempelvis Njals Saga. Respekten kunde enbart återfås genom att den som kränkt blev dödad. I dag uppfattas inte den psykiska smärtan som så problematisk som den fysiska smärtan. Även om det kan förekomma att man bråkar på olika sätt och det finns svart-sjukedramer med tragiska följder, är det sällan man duellerar eller att någon begår harakiri, men vi har under senare år bevittnat hedersrelaterad misshandel eller mord. Se också *skam* och *kulturkrockar*.

LITTERATUR: Vanggaard 1969.

Teleologisk etik är målinriktad etik (fr. grekiskans telos som betyder ändamål eller syfte) där värdet och den etiska statusen hos handlingar, levnadssätt och personer avgörs av huruvida de medverkar till att realisera det goda, vilket traditionellt ofta likställs med lycka och vällevnad. Hedonistisk utilitarism är sålunda exempel på teleologisk etik, men även den aristoteliska dygdetiken har sådana uppsatta mål. Teleologiska förklaringar kallas också ändamålsförklaringar enligt den aristoteliska traditionen. Se också Aristoteles.

Terminal sedering eller palliativ (kontinuerlig) sedering är en procedur där man erbjuder en terminalt sjuk patient att sova in i döden genom att man sänker medvetandet. I vissa fall kan en terminalt sjuk patient ha så kraftiga smärtor eller så mycket ångest eller andra behandlingsrefraktära symtom att man inte kan lindra dessa på ett tillfredställande sätt, och man kan då ge sömnmedel (domicum) så att patienten får sova under det att man då inte ger vätska eller näring. Patienten kommer då att avlida inom ett par dagar eller en vecka. Vissa palliativa läkare vill i sådana situationer förorda att tillförseln av domicum minskas och att patienten sålunda väcks en till flera gånger per

dygn för att man ska kunna höra om patienten fortfarande önskar sova. Man talar i de fallen om intermittent sedering. Det har dock satts frågetecken vid om patienten i sådana situationer faktiskt är beslutskapabel då de medel som används är ofta fettupplösliga och tar lång tid att eliminera från hjärnan. Patienten kan sålunda tänkas vara ganska omtöcknad. Uttrycket terminal sedering används i internationell diskussion i första hand om kontinuerlig sedering, där man inte väcker patienten.

LITTERATUR: Tännjö 2004.

Terminalt sjuk patient är ett uttryck för att den sjuka patienten har nått ett stadium i livets slutskede där det inte finns någon mer terapeutisk behandling och där man passerat brytpunkten till palliativ vård. För en terminalt sjuk patient är döden vanligen oundviklig inom relativt kort tid. När man talar om livets slutskede brukar man skilja mellan den preterminala fasen, den terminala fasen och sist den finala fasen. I den sista finala fasen i en terminalt sjuk patients liv talar man också om att patienten är moribund, dvs. patienten är då irreversibelt döende. Då är det bara medicinska mirakler som kan vända förloppet. Se också *döendeprocessen*.

Thomas av Aquino (ca 1225–1274) var en av de kristna kyrkofäderna, starkt influerad av Aristoteles. Thomas bidrog till att göra Aristoteles filosofi och naturfilosofi till en del av kyrkans lära och därmed försvårades kritiken av Aristoteles, exempelvis Galileis kritik av den aristoteliska kinematiken. Den andra stora kyrkofadern, Augustinus, betonade i stället Platon och nyplatonismen.

Thomas anses vara den första som presenterat en systematisk teologisk (kristen) etik och är fortfarande den som står för grunden till den katolska kyrkans officiella morallära. Det som kan vara av moralfilosofiskt intresse är Thomas utveckling av den s.k. lex naturalis som även senare fått betydelse för diskussionen av handlingars moraliska status. Lex naturalis eller den naturliga lagen säger bland annat att eftersom

människan har en benägenhet att upprätthålla sin egen existens så följer det enligt *lex naturalis* att då bör man också skaffa fram det som är nödvändigt för att kunna upprätthålla existensen. Eftersom både människor och djur har en benägenhet att fortplanta sig och ta hand om sina barn så bör människan ha sexuellt umgänge med motsatta könet och ta hand om sina barn. Människan har dessutom en benägenhet att vara förnuftig och att sträva efter att vara rationell, att uppnå sann kunskap och leva i ett samhälle. Människan ska därför sträva efter att undvika okunskap och att inte kränka dem man lever tillsammans med. Med andra ord menade Thomas att människornas faktiska strävanden utgjorde en grund för att hävda vad människan borde sträva efter (se *naturrätt* och det *naturalistiska felslutet*). Detta gav också upphov till ett antal moraliska förbud enligt Thomas, och exempelvis innebär benägenheten att sträva efter sin egen fortlevnad ett förbud mot mord, självmord och abort. Det är sådana benägenheter som *Kant* anser är en förutsättning för att handla, men som i sig inte är moraliskt beundransvärda. Jämför exemplet med Mark Twain som kunde ljuga men ändå avstod från detta, jämfört med George Washington som ansågs inte kunna ljuga eftersom han hade en medfödd benägenhet att tala sanning. Enligt *Kant* (och Mark Twain) är det enbart Mark Twains vilja och de överväganden som ligger bakom denna vilja att inte ljuga som är moraliskt beundransvärda. Se även *Aristoteles*.

LITTERATUR: Andersen 1993, Skirbekk et al. 1993, Tersman 2004.

Tillämpad etik är en term som refererar till etisk reflektion riktad mot ett särskilt område, som näringsliv, vård, arbetsliv, yrken, djurskydd, naturskydd etc., även kallad områdesetik. Alltså är medicinsk etik tillämpad etik. Dessutom finns det miljöetik, affärsetik, pressetik, djuretik, osv. Vidare brukar den politiska filosofin räknas till den tillämpade etiken och relaterade frågor om rättsfilosofi. Det råder, i bästa fall, en växelverkan mellan tillämpad etik och den mer övergripande etiska reflektion

som bedrivs i mer renodlad normativ etik och metaetik. Eftersom både normativ etik och tillämpad etik handlar om att resonera kring och motivera vilka handlingssätt och institutionella inrättningar som är försvarbara är skillnaden mellan normativ etik och tillämpad etik flytande. Enligt en nidbild av den tillämpade etiken handlar den om att moralfilosofer utarbetar en färdig normativ etik som de sedan lämnar över till företrädare inom olika områden att tillämpa. Detta suggererar fram en bild av att moralfilosofin fungerar som Newtons lagar och att det sedan är bara för ingenjörer och teknologer att tillämpa dessa. Föreställningen om att det finns en ömsesidighet och en utväxling mellan teori och praxis går på detta sätt förlorad. Den tysta kunskapen eller kunnandet med dess möjlighet att utveckla etisk kreativitet kan ibland bidra till att utveckla moralfilosofins normativa och metaetiska aspekter. En mer konkret och tillämpad diskussion av allmänna normer ger vidare insikter om dessa normers följd i praktiken, vilket också är relevant för att bedöma deras giltighet. Se också kunskap och reflektivt ekvilibrium.

LITTERATUR: Frey et al. 2003, Tersman 1993, Tranöy 1994.

Tokyodeklarationen från 1975 (senast uppdaterad 2006) förbjuder läkare att medverka vid tortyr eller liknande omänskliga handlingar. I sex punkter tar WMA upp att en läkare 1) inte får medverka direkt i tortyr eller annan mänskligt förnedrande behandling, 2) inte får underlätta tortyr genom att ställa kunskap, läkemedel eller instrument tillhanda, 3) inte får närvara vid tortyr eller annan förnedrande behandling, 4) inte ska låta sig påverkas av samhälleligt eller politiskt tryck mot att göra sitt bästa för att hjälpa en medmänniska som lider psykiskt eller fysiskt, 5) inte bör medverka vid tvångsmatning av exempelvis en fånge som hungerstrejkar och 6) som handlar enligt ovan och därför utsätts för repressalier ska stödjas av kollegor och WMA. Ursprungligen var det engelska läkare som tog initiativ till deklARATIONEN mot bakgrund av vad som hände i Nordirland.

Under senare år har deklARATIONEN fått förnyad aktualitet i samband med det s.k. kriget mot terror (efter 11 september 2001). Amerikanska läkare har här på olika sätt direkt och indirekt medverkat i tortyrliknande verksamhet vid speciella fångelser för krigsfångar.

LITTERATUR: Miles 2005.

Totipotenta stamceller är stamceller som kan utvecklas till alla möjliga celler, hjärnceller såväl som muskel- och leverceller. Befruktade ägg och embryonala stamceller upp till några dagar gamla räknas som totipotenta.

Traditionsbaserad etik är ett samlingsbegrepp för exempelvis konservativa och kommunariska moralteorier som förankrar moralen i ett samhälles rådande värderingar och/eller som betonar att det krävs starka skäl för att gå emot dessa.

Tröst är ett uttryck som ofta kopplas ihop med begreppen att bota och att lindra på så sätt att läkarens eller sjuksköterskans uppgift är att söka att bota, kan han/hon inte det ska han/hon försöka lindra och går inte det heller så ska han/hon trösta patienten. Alla tre ambitionsnivåerna tillhör principen om att göra gott och har ofta tillskrivits Hippokrates, men det är dock oklart var denna precisering av göra gott-strävanden har härletts ifrån. Att lindra, dvs. ge palliativ behandling, då man inte längre kan ge kurativ behandling är en del av sjukvårdens uppgifter. Att trösta kan ses som ett uttryck för sjukvårdens ambition att vara medmänsklig, ge stöd och visa inlevelseförmåga. Se *Hippokrates* och den *hippokratiska eden*.

LITTERATUR: Sundström 1997.

Tumregelspliktetik är en annan benämning för s.k. prima facie-plikter, dvs. plikter som baseras på regler som inte är absoluta eller kategoriska i kantiansk mening. Se *prima facie-plikt*.

Tumregelsutilitarism refererar till beslutsmetoder som grundar sig på utilitarismen och som betonar att den värdemaximering som är

utilitarismens mål ofta kräver att man håller sig till tumregler som underlättar beslutsfattandet. Om man skulle försöka göra en kalkyl över konsekvenserna vid varje valsituation skulle det förmodligen få katastrofala konsekvenser (att göra en sådan kalkyl är dessutom ett val som man kan kalkylera över om man bör göra osv.). Speciellt Richard Hare föreslog att man skulle använda sig av enkla tumregler som exempelvis att vara en god vän, att vara hjälpsam och hålla sina löften.

LITTERATUR: Hare 1994.

Tumregler kan sägas vara en sorts förstahandsregel som i motsats till en absolut regel inte alltid gäller. En regel kan exempelvis vara en moralisk norm som säger att man alltid ska tala sanning – och det finns inga undantag från denna regel. En tumregel är inte absolut på samma sätt, utan det finns alltid utrymme för undantag (jämför talesättet ”ingen regel utan undantag” – har denna regel undantag eller är det ett självupphävande omdöme?). Tumregler är sådana som kan övertrumfas av andra regler. Om vi tolkar regeln att man alltid ska tala sanning som en tumregel så kan det finnas situationer där denna tumregel måste ge vika för exempelvis tumregeln att man aldrig får skada (fysiskt eller psykiskt) en annan människa – enligt devisen ”vad man inte vet har man inte ont av”. ”Tumregelsetik” kan sägas vara bättre anpassad till den medicinska verkligheten. Den kommer till uttryck i den s.k. principilism som förordas inom medicinen där man talar om prima facie-principer. Inom utilitarismen används ibland tumregler när man diskuterar vad som mer överordnat bör göras, dvs. åt vilket håll man vill att en handling ska riktas och man talar då om att utilitarismen ligger till grund för regelstyrda beslutsmetoder. Se *Hare* och *prima facie-plikter*.

Tuskegee Syphilis Study var en studie av spontanförloppet av syfilis hos manliga afroamerikaner under perioden 1932–1972. Studien var kontroversiell av flera skäl, men bland annat därför att de medverkande hade infor-

merats om att de led av "bad blood" och att behandlingen som erbjöds var blodtappning och lumbalpunktion. Vidare lät man inte de medverkande få del av penicillinbehandlingen som gavs till den övriga befolkningen från 1947. Studien började redan i slutet av 1920-talet och var planerad som en sex månaders observationsstudie utan behandling för att sedan ge behandling med de då till buds stående medlen: Salvarsan, kvicksilverbehandling och Bismut. Den fond som lovat finansiera projektet fick emellertid problem i samband med börskraschen 1929. Man höll på att överge projektet då den norska forskaren Bruusgaard presenterade resultat från en undersökning av obehandlad syfilis i Oslo 1929. Detta föranledde att studien ändrades från en behandlingsstudie till en observationsstudie där man skulle följa ett antal individer med syfilis (n = 400) och jämföra med ett antal (n = 200) som inte hade syfilis. Oslo-materialet skulle då kunna vara en intressant jämförelse. Studien ledde till ett flertal publikationer och ambitionen var att fortsätta studien tills alla var avlidna. Som belöning för att delta i studien fick de medverkande begravningskostnaderna betalda, dock under förutsättning av att man fick lov att genomföra en obduktion.

När det 1972 kom fram att studien fortfarande pågick och tidningarna fick reda på detta, blev det en stor skandal och det tillsattes utredningar vilka så småningom ledde fram till *Belmontrapporten* som fick betydelse för tillkomsten av forskningsetikkommittéerna och deras sammansättning. Man litade inte längre på att forskarsamhället självt kunde kontrollera och bedöma forskningsprojekt. År 1998 bad den amerikanska presidenten, Bill Clinton, officiellt den afroamerikanska befolkningen om ursäkt. Ursäkten var i första instans riktad till de få försökspersoner som fortfarande levde och även till närstående till dem som avlidit. Men skadan var redan skedd och konsekvensen har (tillsammans med en rad andra faktorer) blivit att det i den afroamerikanska delen av befolkningen i USA finns en skepsis och brist på förtroende för sjukvård och forskning. Detta tar sig uttryck i att afroamerikaner är mindre benägna att med-

verka i forskning och även är mindre benägna att donera sina organ för transplantation och motsvarande. Se också *Simes*.

LITTERATUR: Katz 1973, Lynöe 1999.

Tvångssterilisering är ett ingrepp där patienten mot sin vilja eller under löfte om fördelar eller hot om sanktioner från samhället eller vården går med på att låta sig steriliseras. Tvångssterilisering pågick under en viss tid i Sverige under 1900-talet. Det var till en början oftast fråga om psykiskt funktionshindrade individer som inte ansågs kunna axla ett föräldransvar och på så sätt skulle ligga omgivningen (de egna föräldrarna) till last och dessutom ge ett friskt barn en potentiellt olycklig uppväxt. Det fanns sålunda en klart humanistisk bakgrund till själva initiativet med sterilisering, som före 1934 var förbjuden. Sterilisering gav också en möjlighet för personer med epilepsi att gifta sig, för vilka det sedan 1700-talet fanns äktenskapsförbud. Senare kom dock även arvshygieniska (eugeniska) argument för tvångssteriliseringarna. Under perioden 1935–1975 steriliserades 62 888 personer varav majoriteten (mer än 95 %) var kvinnor (se nedanstående tabell). Det har dock diskuterats hur många av dessa steriliseringar som var tvångssteriliseringar. Man antar att cirka 40 procent inte skedde helt frivilligt eller skedde under tvångsliknande förhållanden, exempelvis om utskrivning från anstalt var villkorat med att man gick med på sterilisering. I cirka 75 % av dessa fall fanns formellt ett skriftligt samtycke. I resterande 25 % fanns inget samtycke från individen själv eftersom han eller hon inte ansågs vara rättskapabel. Ingen blev dock med tvång sövd eller fysiskt tvingad till operationsbordet. Möjligheten för en kvinna att få abort kunde också betingas av att hon gick med på sterilisering – under förutsättning av att det förelåg till exempel en eugenisk, social eller medicinsk indikation. I cirka 50 procent av fallen antar man att sterilisering skett på kvinnans eget initiativ då kvinnan kände sig utsläpad eller utsliten. Hon hade kanske redan fött 10 barn och orkade helt enkelt inte med flera. Skälet har sålunda varit familjplanering, vilket före 1975

År	Eugenisk indikation	Social indikation	Medicinsk indikation	Totalt	Kvinnor (%)
1935				250	94
1936				293	93
1937				410	91
1938				440	93
1939				523	94
1940				581	83
1941				746	69
1942	959	67	135	1161	63
1943	1094	52	181	1327	65
1944	1437	21	233	1691	65
1945	1318	78	351	1747	73
1946				1847	
1947	1210	65	845	2120	86
1948	1188	53	1023	2264	87
1949	1078	44	1229	2351	91
1950	858	17	1473	2348	94
1951	629	48	1657	2334	95
1952	405	73	1635	2113	95
1953	330	75	1434	1839	96
1954	204	72	1571	1847	96
1955	159	76	1602	1837	97
1956	172	76	1520	1768	97
1957	149	90	1546	1785	97
1958				1786	96
1959				1849	95
1960	75	120	1455	1650	96
1961	62	118	1619	1799	96
1962	33	94	1558	1685	98
1963	48	96	1605	1749	97
1964	34	70	1655	1759	98
1965	11	22	1475	1508	99
1966	9	26	1500	1535	99
1967	1	42	1465	1508	99
1968	13	20	1545	1578	99
1969	19	58	1496	1573	99
1970	20	46	1797	1863	99
1971	13	63	1826	1902	99
1972	12	45	1559	1616	99
1973	17	19	1328	1364	99
1974	21	6	1487	1514	99
1975	14	3	1011	1028	99
Totalt				62 888	95 %

inte var acceptabelt (efter 1975 då sterilisering av beslutskapabla individer över 25 år på eget initiativ blev tillåten har i genomsnitt mellan 8 000–10 000 personer steriliserat sig per år och av dessa är merparten män). En läkare kunde sålunda ange allmän svaghet eller eugeniska skäl och på så sätt hjälpa en sådan kvinna att bli steriliserad (se också parasitering). I en rad fall har indikationerna skett på förment eugeniska grunder (inklusive tillhörighet till etniska minoritetsgrupper och förmodad svag begåvning) där detta sedan visat sig vara felaktigt. Man har sedan frågan aktualiserades 1997 utrett detta och utbetalt ersättning till de individer som steriliserats på felaktiga grunder. Berörda ministrar har dessutom officiellt bett om ursäkt. I nedanstående tabell kan man se hur antalet steriliseringar med de olika indikationerna (eugenisk, social och medicinsk) varierar under åren. Speciellt intressant är att se hur den sociala indikationen håller sig relativt konstant medan den eugeniska och medicinska indikationen tycks interagera som kommunicerande kärn. Efter en revidering av lagen 1941 och specifikationer från Medicinalstyrelsen där den eugeniska indikationen sattes i första rummet, ökade antalet steriliseringar kraftigt.

Under 1940-talet, då det fanns en allmän (ideologiskt präglad) uppfattning om att många sjukdomar och tillstånd var ärftliga, skedde en ökning av antalet steriliseringar och då med betoning av den eugeniska indikationen. Om det fanns en risk på mer än 10 % för ärftlig överföring av en sjukdom, handikapp eller tillstånd, så ansågs det finnas en eugenisk indikation. Gränsen 10 % var dock ibland flytande och baserades på uppskattningar och mer eller mindre lösa antaganden. Sålunda kunde uppskattningen av schizofreni variera mellan 10 % och 25 % och vissa psykiatriker kunde med hänvisning till denna variation extrapolera uppskattningen till 50 % så att ärftligheten överensstämde med *mendelskt* dominant arv. Man trodde att man genom sterilisering kunde påverka den svenska folkstammen på ett gynnsamt sätt genom att sterilisera individer som ansågs ha dåliga arvsanlag (*negativ eugenik*) och uppmuntra de med

goda arvsanlag att skaffa många barn (*positiv eugenik*). Men vetenskapligt sett var det nog som en del läkare tidigt påpekade frågan om önsketänkande. Enligt Hardy-Weinbergs populationsgenetiska lag, som kom redan 1908, har negativa eugeniska åtgärder mycket liten effekt på den totala genetiska poolen i en befolkning. De s.k. tvångssteriliseringarna är sålunda ett exempel på hur olyckligt det kan bli om vetenskap och politiskt drömtänkande (ideologi) går samman i en okritisk allians. Se *ideologiska hänsyn*.
LITTERATUR: Lynöe 2000.

Tvångsvård kan röra sig om allmänfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen (se somatisk tvångsvård), eller om psykiatrisk tvångsvård (LPT/LRV). Då det är frågan om tvångsvård enligt smittskyddslagen är det hänsynen till samhället som har fått företräde framför hänsynen till individen. En smittsam sjukdom kan spridas i befolkningen och sålunda undergräva förutsättningarna för samhällets existens, såsom exempelvis aids håller på att äventyra vissa afrikanska samhällen. I syfte att förebygga och kontrollera sjukdomens utbredning har man sålunda lagstiftat om tvångsbehandling och smittspårning av exempelvis syfilis. Då det gäller könssjukdomar som klamydia kan dessa i många fall leda till sterilitet och på så sätt medföra kris i befolkningsfrågan.

Psykiatrisk tvångsvård kan ges om en patient motsätter sig frivillig vård men bedöms vara i omedelbart behov av psykiatrisk heldygnsvård. Farlighet för sig själv eller andra bidrar till denna bedömning. Cirka en fjärdedel av tvångsvårdade psykiatriska patienter kan i efterhand inse motivet för tvångsvården och acceptera att den kom till stånd. Enligt lagstiftningen är målet med psykiatrisk tvångsvård att patienten så småningom ska inse sitt vårdbehov och därmed själv söka den hjälp/vård patienten behöver. Det finns också problem i samband med tvångsvård av barn och ungdomar oberoende av om det rör sig om psykisk sjukdom eller missbruk. Se också *barnsjukdomar* och *presumerat samtycke* samt *beslutskapabel*.

LITTERATUR: Tännjö 2002, Engström 2006.

Typ 1-fel benämns det fenomen som uppstår då man felaktigt förkastar en statistisk nollhypotes då denna är sann. Detta innebär i sin tur att man får induktivt stöd för sin forskningshypotes att en hypotetisk behandling är effektiv då den i själva verket inte är det. Detta kan leda till att man kan introducera en verkningslös behandling. Orsaken till typ 1-fel kan vara att det undersökta stickprovet är selekterat eller för litet. Se också signifikansnivå och p-värde samt publikationsbias.

LITTERATUR: Lynöe et al. 1998.

Typ 2-fel benämns det fenomen som uppstår då man felaktigt accepterar en statistisk nollhypotes då denna är falsk. Det innebär att man inte uppnår stöd för sin forskningshypotes angående en hypotetiskt verksam ny behandling. Detta kan leda till att man låter bli att introducera en verksam behandling. Orsaken till typ 2-fel är oftast att man inkluderat för få försökspersoner i en studie eller att bortfallet blivit för stort (se även *protocol violators*). Det är sålunda angeläget att man i klinisk forskning har tillräckligt många försökspersoner med (men inte heller för många om det finns möjligt lidande eller andra riskmoment som måste beaktas). Det är också viktigt att man har korrekta inklusionskriterier. Vill man exempelvis undersöka effekten av ett nytt läkemedel mot migrän och inkluderar alla med huvudvärk så blir risken stor för ett typ 2-fel (se också signifikansnivå och p-värde). Både typ 1- och typ 2-fel innebär att det är angeläget att man har tillräckligt med försökspersoner, gärna ta i med råge men inte heller ha med för många eftersom man då i onödan inkluderar, besvärar och ibland utsätter patienter/försökspersoner för onödig risk, upptar deras tid och får ökade kostnader i samband med genomförandet av en studie. En alltför ivrig rekrytering där man väljer att tona ned riskerna för att få upp deltagandet kan också innebära att man tummar på autonomiprincipen.

LITTERATUR: Lynöe et al. 1998.

Tyst kunskap är färdigheter som baseras på framför allt kunnande som utvecklats under lång tid och genom personlig erfarenhet. Man talar om tyst kunskap därför att om kunskapen hade varit explicit skulle den sannolikt utgjort ett hinder för att kunna agera optimalt. Tyst kunskap gör sig gällande både i samband med den yrkesövning som till exempel läkare, sjukgymnaster, barnmorskor, piloter, datatekniker, forskare etc. ägnar sig åt, såväl som schackspeglare, kriminalkommisariater och inbrottstjuvar. Om man frågar vad en kirurg gör när han lyckas väl med en operation så handlar det inte enbart om att han/hon har kunskap om anatomi och operationsteknik, utan kirurgen måste utveckla fingerfärdighet och ha omedelbart sinne för vad som bör göras i en viss situation. Detsamma gäller en skicklig kliniker i samtalet med sin patient och sitt förhållningssätt till denna. Se även *etisk kreativitet* och *kunnande* samt *intuition*.

LITTERATUR: Dreyfus et al. 1986, Johansson et al. 2008.

Tystnadsplikt inom medicinen innebär att man håller tyst om sådant man har fått reda på om en patient, både beträffande diagnos, behandling och mer privata förhållanden. Tystnadsplikten är en klassisk plikt som även finns med i den hippokratiska dygdetiken där det anges att: ”Vad jag under utövandet av mitt yrke, eller till och med utom yrket under umgänget med människor, sett eller hört, och som möjligen är av beskaffenhet att ej böra utspridas skall jag förtiga och anse allt sådant som vore det osagt.” Tystnadsplikten får och bör dock under vissa omständigheter brytas om andra exempelvis samhällseliga intressen står på spel. Det kan gälla smittskydd eller barnmisshandling eller annan grov kriminalitet som läkaren får kännedom om genom sin behandling eller vård. Nyligen har en intressant kontrovers utspelats mellan å ena sidan tystnadsplikt och sekretess och å andra sidan frågor som berör korrigibilitetstillgängligheten av rådata. Några forskare misstänkte att en forskargrups resultat var för bra och att de var manipulerade, varför man begärde att få ta del av rådata. Dessa

utgjordes emellertid av patientdata av känslig karaktär och forskaren som också var läkare ansåg att han skulle tvingas bryta mot tystnadsplikten om han lämnade ut data till den andra forskargruppen varav en inte var läkare. När sedan domstol dömde den medicinska forskargruppen att ändå lämna ut sina data förstördes rådata med det uttalade syftet att skydda de aktuella försökspersonernas identitet. Man ansåg sig leva upp till tystnadsplikten men detta omöjliggjorde samtidigt en granskning av rådata eller om man vill bevismaterial. Forskaren sade att han hade lovat försökspersonerna (och deras närstående) full sekretess i enlighet med Helsingforsdeklarationens krav. Något sådant är i forskningssammanhang svårt att göra och domstolen menade att det inte finns stöd för ett sådant löfte i svensk lag.

Frågan om tystnadsplikt uppstår också inom psykiatrisk vård, speciellt när utomstående in-

tressen står på spel. I ett uppmärksammat fall i USA för några decennier sedan, åtalades en psykiatriker sedan han inte varnat en kvinna, Tatiana Tarasoff, om att en av hans patienter, Prosenjit Poddar, sagt att han skulle ha ihjäl henne. Poddar bedömdes inte vara föremål för tvångsvård och i enlighet med respekt för tystnadsplikten avstod alltså psykiatrikern från att informera Tarasoff om hotet. Den lokala polisen var dock informerad och höll Poddar häktad en tid, men försatte honom på fri fot då han bedömdes som "rationell". När Tarasoff återvände från en semester blev hon mördad av Poddar. Psykiatrikern fälldes, men några reserverade sig mot domslutet med hänvisning till att skadan inte kunde förutses och att regeln om tystnadsplikt måste respekteras för att bevara förtroendet för behandlande läkare.

LITTERATUR: Hallerstedt 2006.

U

Underlåtenhetshandling är etiskt sett också en handling. Att låta bli att gripa in eller hjälpa en sjuk eller nödlidande är ett exempel på underlåtenhetshandlingar. Att inte göra någonting, att avstå från att fatta beslut innebär många gånger att andra fattar förutsägbara beslut. Det vill säga att om det är förutsägbart vad som kommer att hända om jag inte handlar aktivt, exempelvis själv fattar beslut, så utgör passiviteten också ett handlingsalternativ.

I vardagligt moraliskt resonerande brukar man ofta göra en tydlig skillnad mellan vad vi aktivt gör och vad vi låter ske. Det anses ofta mycket värre att ta livet av någon än att inte rädda någons liv, även om man kan. Detta kommer också till uttryck i brottsbalken. Bland de etiska teorierna lägger *plikt-* och *rättighetsetik* stor vikt vid skillnaden mellan aktivt och passivt handlande (se *Nozick*). Detta kommer också till uttryck i den offentliga synen på dödshjälp i vårt land. *Passiv dödshjälp*, dvs. när man låter patienten dö genom att underlåta att sätta in livräddande behandling, är under vissa betingelser tillåten, men inte aktiv dödshjälp, åtminstone inte om döden är en direkt avsedd konsekvens av en åtgärd.

Emellertid är gränsen mellan handling och underlåtenhet eller aktivt och passivt långt ifrån klar. Det verkar vara passivt att avstå från att lägga en patient i respirator och låta henne dö en "naturlig" död. Men hur är det när man tar någon ur respiratorn eller stänger av den? Å ena sidan ter det sig som en aktiv handling, något man gör. Å andra sidan kan man hävda att det som sedan sker är detsamma som skulle ha skett om man inte hade gjort något från första början och att det därför också handlar om att låta "naturen ha sin gång" och därmed en underlåtenhet. I ljuset av detta resonemang har man hävdat att ta någon

ur respiratorn eller avbryta annan redan påbörjad behandling ska ses som passivt. Eller vad ska man säga om fallet då en underläkare ordinerar en döende patient penicillin och överläkaren kommer med kontraorder innan penicillinet satts in och patienten dör i lunginflammation. Är då döden ett resultat av en handling eller en underlåtenhet? Exempelen visar att skillnaden kan vara svår att avgöra från början.

Vidare kan man ifrågasätta om skillnaden har moralisk betydelse. Ibland ter det sig fel att inte inleda vård, exempelvis när åtgärden enkelt kan rädda någon till ett gott liv, även om detta kan räknas som passivt. Och ibland ter det sig rätt att avbryta vård, om vården inte är verksamt och bara leder till förlängt lidande, även om detta ska räknas som aktivt.

LITTERATUR: Bennett 1998, Kagan 1989.

Undervisningsetik eller den kliniska undervisningens etik refererar till den undervisning som ges av exempelvis läkare till läkarstuderande och där patienters medverkan är en förutsättning för att undervisningen ska vara av högt värde. Patienters medverkan har tidigare tagits för given, men demokratiseringen av patient-läkarrelationen har också inneburit att patienter som man önskar ska medverka i undervisningen av läkarkandidater informeras om vad det innebär och får möjlighet att själva fatta beslut om medverkan. Den undervisande läkarens attityd till patienten kan också antas påverka läkarkandidatens attityd. Läkaren fungerar som förebild eller motbild. Resonemangen vid rekryteringen av patienter till den kliniska undervisningen är analoga till resonemangen vid rekryteringen av patienter till kliniska forskningsprojekt. Även om samtycke bör inhämtas och rätten att säga nej bör respekteras

kan man på rättvisegrunder argumentera för en patientens skyldighet att ställa upp för den kliniska undervisningen. En förutsättning för att patienten kan få den goda behandlingen som erbjuds i dag är att tidigare patienter har ställt upp i samband med undervisningen av de nuvarande läkarna. Är man sålunda intresserad av att ta del av den kliniska kompetens som finns i dag så har man också en viss skyldighet att ställa upp i den kliniska undervisningen i dag så att framtidens patienter, vilket kan inkludera en själv, också kan få välutbildade läkare. Se även *klinisk undervisning och fairness*.

LITTERATUR: Westberg 2005.

Universalistisk etik refererar till ambitionen att utveckla en sort moralens "naturlag" som gäller alltid och i alla sammanhang och samhällen. I praxis innebär det att en etisk norm ska kunna upphöjas till en allmän regel för vad som ska gälla i alla liknande situationer; den ska alltså inte enbart gälla för en unik situation. De båda normativa etiska teorierna konsekvensetik och pliktetik är universalistiska oavsett om det är den enskilda handlingen som bedöms eller om det är en regel. Den utilitaristiska moralen skulle sålunda kunna sammanfattas som att en handling är rätt om och enbart om ingen alternativ handling skulle ge upphov till bättre konsekvenser. Universalistisk etik kontrasteras gärna mot kommunitarism, partikularism, relativism och även situationsetik. Ibland förstås också universalistisk etik som liktydig med universell etik, i den meningen att man inte räknar med agentrelativa plikter eller värden, dvs. olika plikter eller värden för olika personer. Enligt den hedonistiska utilitarismen har exempelvis allas lycka lika stort värde och alla som berörs av handlingen räknas för att avgöra dess riktighet. Enligt kantiansk pliktetik gäller analogt plikten att hålla sina löften oförbehållslöst för alla, inte mer för löften till exempelvis nära och kära. Därför brukar universalistisk etik också sättas i motsats till egoistisk etik, eftersom universalistisk etik inte är inriktad mot den egna personen eller gruppen.

LITTERATUR: Rachels et al. 2007.

Universalism, se CUDOS-normerna.

Uppfinning är en mänsklig konstruktion, fabrication eller bearbetning av naturföreteelser som kan patenteras (se patent). Även om det finns en principiellt tydlig skillnad mellan en uppfinning och en upptäckt kan det ibland vara svårt att avgränsa en upptäckt från en uppfinning. Inom stamcellsforskningen kan exempelvis en cellinje som är framodlad från en identifierbar individ patenteras då den delat sig vid odlingen (engineering) och inte längre kan kopplas till en identifierbar individ. Om man med hjälp av exempelvis nanoteknologi lyckats påverka en totipotent stamcell till att utvecklas med en bestämd funktion (exempelvis en hjärncell) så kan man tala om att man upptäckt och uppfunnit någonting på samma gång.

Upptäckt kan klassiskt sett vara upptäckten av ett nytt land eller landområde, men förstås också av en ny biokemisk verkningsmekanism eller en cellorganell. Skillnaden mellan en upptäckt och en uppfinning kan illustreras genom skillnaden mellan en litteraturforskare och en författare. Författaren uppfinner en berättelse

Robert Koch upptäckte mjältbrands-sjukdomen och Samuel Cartwright uppfann drapetomanisjukdomen.



Upptäckter och uppfinningar

och litteraturvetaren upptäcker olika lager och innebörder i berättelsen. Analogin ger emellertid vid handen att gränsen inte är så glasklar, då en litteraturforskare ju uppfinner hypoteser om hur texten kan tolkas. I medicinskt sammanhang är det viktigt att påpeka att en upptäckt inte kan patenteras, i motsättning till en uppfinning. Se också *patent*.

Utilitarism är en grupp av konsekvensetiska teorier enligt vilka handlingar är riktiga om, och endast om, det inte finns handlingsalternativ med bättre konsekvenser. Konsekvenserna ska alltså vara så bra som möjligt (eller optimala) och alla moraliskt relevanta konsekvenser ska räknas och gälla alla som kan beröras av handlingen i all framtid (se riktighetskriterier). Emellertid säger inte utilitarismen att vi alltid ska kalkylera om de framtida konsekvenserna av vad vi gör eller ens att vi bör vara utilitarister. Om det får dåliga konsekvenser att kalkylera eller tänka utilitaristiskt ska vi enligt utilitarismen avstå från detta. Med andra ord anger inte utilitarismen någon besluts metod med hjälp av vilken vi ska fatta beslut i alla lägen, utan ett kriterium på vad som gör riktiga handlingar riktiga. Utilitarismen säger inte heller i sig något om vad som gör konsekvenser moraliskt relevanta, dvs. vilka konsekvenser som är bra (och ska maximeras) respektive dåliga (och ska minimeras). Dock kopplas utilitarism oftast till två uppfattningar om vad som har värde: 1) hedonismen, enligt vilken någon form av välbefinnande eller lycka är det som har egenvärde och 2) önskeuppfyllelseteorin eller preferentialismen, enligt vilken det att få som man vill (preferensstillfredsställelse) som har egenvärde. Man talar i det senare fallet om preferensutilitarism.

Om man ska sammanfatta de centrala tankarna i utilitarismen kan man ange följande fyra punkter: 1) universalism som innebär att det rör sig om att välja det goda för alla och inte enbart det egna goda, 2) *konsekvensetik* som innebär att det är konsekvenserna som definierar handlingens moraliska status, dvs. om den är rätt eller fel, 3) värdemaximering som inne-

bär att vi bör sträva efter att producera största möjliga överskott av värde, och 4) välfärdsorientering, vilket vill säga att det är individernas eget välbefinnande, lycka eller preferensstillfredsställelse som är det enda som spelar roll till syvende och sist.

Det är brukligt att skilja på *handlings-* och *regelutilitarism*. Enligt handlingsutilitarismen är det konsekvenserna av den enskilda handlingen som avgör dess riktighet. Enligt regelutilitarismen är det i stället konsekvenserna av den regel som handlingen är i överensstämmelse med som spelar roll. Mer precist säger regelutilitarismen att en handling är riktig om, och endast om, den är i överensstämmelse med en regel som, allmänt tillämpad, har bättre konsekvenser än varje alternativ regel. Det är alltså konsekvenserna av reglens allmänna tillämpning som ska jämföras enligt regelutilitarismen. Det innebär att enskilda överträdelser mot allmänna regler med bra konsekvenser, exempelvis regeln om informerat samtycke vid vård, är påbjudna enligt handlingsutilitarismen när sådana överträdelser har bättre konsekvenser, men inte enligt regelutilitarismen. Det är en kontroversiell fråga om detta talar för handlings- eller regelutilitarismen, (se också *Bentham*, *Mill* och *regelutilitarism*). I praktiken kommer ofta regelutilitarister och *pliktetiker* fram till samma slutsatser om än de motiverar dem på olika sätt.

Utilitarismen har intellektuella kvaliteter som appellerat till många filosofer och det är svårt att inom sjukvården inte beakta konsekvenserna av en handling, speciellt om man förväntas ge säker och kostnadseffektiv behandling. Det finns dock på samma sätt som för pliktetikens tillämpningsproblem. Vissa följder kan förefalla kontraintuitiva eller kontroversiella om man följer utilitarismen och inte alls beaktar intentionen av en handling. Det finns också problem med att uppskatta sannolikheter då konsekvensen av en handling ska bedömas (innan handlingen utförts) och därmed försvåras vägningen mellan för- och nackdelar av samma handling och jämförelsen med andra handlingsalternativs för- och nackdelar (se *maximering av förväntat värde*). I princip kan man försvara användandet

av en annan människa enbart som ett medel (dvs. skada vederbörande) om det kan gagna flera andra, men under förutsättning att man kan hålla det hemligt. Om det inte kan hållas hemligt kan det få mycket dåliga konsekvenser för exempelvis förtroendet för sjukvården eller forskningen och därför bör man välja att inte utföra en sådan handling (jämför exempelvis *Tuskegee syphilis study*). Motivet att man kan offra vissa om den totala summan av gott därmed överstiger det onda, kan i vissa fall förefalla intuitivt stötande.

För utilitarismen har motivet för handlingen eller avsikten ingen relevans för bedömningen av handlingens moraliska kvalitet. Det är enbart antingen de faktiska eller förväntade konsekvenserna av handlingen som har relevans, vilket är precis tvärtom till vad den kantianska *pliktetiken*, *dydetiken* och *sinnelagsetiken* säger. LITTERATUR: Carlson 1995, Lyons 1965, Scarre 1996, Sen et al. 1982, Tännsjö 1998.

V

Vaccination är en förebyggande åtgärd som används mot olika smittsamma sjukdomar. De första vaccinationsprocedurerna utvecklades redan i slutet av 1700-talet med Edvard Jenners inokulering av kokoppor som visade sig att fungera för att förebygga smittkoppor (jämför det latinska ordet vacca som betyder ko). Man var då inte medveten om varken smittkoppornas etiologi eller hade någon teori om immunitet. Det var först med Louis Pasteurs och mikrobiologins utveckling som även immunologin utvecklades. Pasteur talade om immunisering och senare om vaccination.

Det måste finnas ett visst antal individer i befolkningen som är vaccinerade om man ska förhindra epidemier och man talar om täckningsgrad. Det minimala antalet individer för en viss smittsam sjukdom kallas för "herd"-immunitet (herd är engelska och betyder hjord och refererar alltså till hur stor en del av en djurhjord som bör vara vaccinerad för att hindra att sjukdomen ska sprida sig epidemiskt). Herd-immuniteten kan variera mellan olika sjukdomar eftersom man måste beakta hur smittsam sjukdomen är och därmed dess spridningstakt. Vid hög spridningstakt måste kraven på herd-immunitet vara högre. Vid exempelvis mässlingvirus räknar man med att herd-immuniteten bör vara kring 90% men vid andra infektionssjukdomar kan kraven på herd-immunitet ställas lägre. Kraven på herd-immunitet kan dock skapa etiska problem ifall det finns motstånd bland föräldrar att vaccinera sina barn mot exempelvis mässling. Därför är det angeläget att risken vid vaccination är försumbar. Här aktualiseras den enskildes rätt att avstå från förebyggande behandling, vilket även gäller för föräldrar i deras vårdnad av barnen, och samhällets intresse av att förebygga denna typ av sjukdomar. Ifall man und-

viker vaccination och detta leder till manifest sjukdom med komplikationer kan det leda till svåra följder för individen, exempelvis encefalit med eventuella senkomplikationer vid en manifest mässlingsinfektion, och stora kostnader för samhället. Se vidare *Wakefieldfallet*.

LITTERATUR: Dawson 2007.

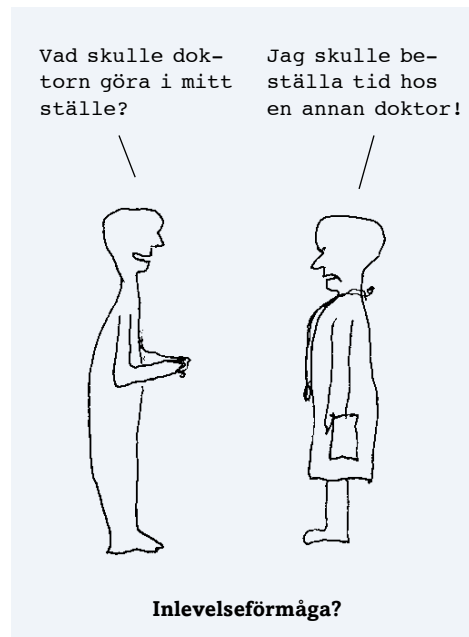
Vad man inte vet gör heller ej förtret eller "vad man inte vet har man inte ont av" kan förstås inom ramen av ett konsekvensetiskt resonemang. Speciellt en hedonist skulle ställa upp på detta talesätt, eftersom ens upplevelse av välbefinnande avgör hur bra man har det enligt denne. Detta till skillnad från önskeuppfyllelse teorin eller preferensutilitarismen, som säger att det är bra för en att få som man vill, alldeles oavsett om man får reda på att man har fått som man vill eller inte. Om man exempelvis inte vill att ens vänner ska baktala en så är det dåligt för en om de gör det, även om man inte får reda på det enligt preferensutilitarismen. Resonemang- et förutsätter dock att man kan hemlighålla det som kan skada eller göra ont. Om personen som vi hemlighåller något för, faktiskt får reda på sanningen kan skadan bli dubbel, eftersom hemlighållandet kan uppfattas som en kränkning, då man går bakom ryggen på personen. Om sjukvårdspersonal exempelvis behandlar en gift kvinna för en könssjukdom som hon fått via en tillfällig sexuell relation och hon inte vill att hennes man ska få reda på detta (kanske i syfte att rädda familjen som annars skulle kunna splittras) så förutsätter ett sådant förfarande att mannen faktiskt inte får reda på händelsen och att alla inblandade handlat bakom ryggen på honom, och enligt en pliktetisk uppfattning kränkt hans autonomi. Förfarandet kan alltså försvaras utilitaristiskt om vi kan vara säkra på

att vi kan hålla handlingen hemlig, åtminstone enligt hedonistisk utilitarism. Men den kan inte försvaras (utilitaristiskt) om det finns en betydande risk för att mannen upptäcker förfarandet.

Det intressanta i detta sammanhang är att det faktiskt ibland är precis motsatsen: oviss-het kan göra ont. Om en patient misstänker att han/hon har en allvarlig sjukdom så kan viss-het (bekräftelse eller avvisande) göra patienten mindre orolig. En bekräftelse på sjukdom så att man får en förklaring till varför man känner sig sjuk kan till och med verka mer lugnande än ett meddelande om att patienten är frisk, om patienten fortfarande känner sig sjuk. Ibland är det sålunda bättre att ha ett namn på ett tillstånd än enbart oro eller vaga subjektiva besvär. I detta avseende kan alltså det att inte veta smärta mera än att veta. Se också *ordspråk*.

Vad skulle du göra i mitt ställe är en vanlig fråga som patienter kan ställa till sin doktor både i samband med rekrytering till den kliniska forskningen, vid val av behandling och vid genetisk rådgivning. Frågan förutsätter att läkaren har inlevelseförmåga (empati) och viss kännedom om patientens situation och livsvillkor. En patient som ställer denna fråga till sin doktor involverar läkaren i sitt eget ställnings-tagande, och om läkaren svarar ärligt kan patienten dra nytta av läkarens samlade kunskap (både vetande och kunnande).

Problemet för patienten är att han/hon inte med säkerhet vet om läkaren har patientens bästa för ögonen. Läkaren kan ju vara fokuserad på att få en klinisk undersökning genomförd och kan kanske låta forskningsintresset gå före hänsynen till den enskilda patienten, eller läkaren kan ha intresse av att ett visst behandlingsalternativ föredras, eller i högre grad beakta någon annans, exempelvis samhällets intressen. Men om läkaren har patientens bästa för ögonen, har lång erfarenhet och empatisk förmåga, faktiskt kan leva sig in i patientens situation och svarar ärligt på patientens fråga, (samt undviker att låta sina egna privata värderingar påverka) så kan en sådan fråga i prak-



tiken vara en klok fråga. Se också *empati* och *medlidande*.

I vissa medicinska områden har man sett det som särskilt viktigt att inte styra patienten genom att presentera sina egna värderingar eller försöka sätta sig in i patientens situation. Ett sådant område är *genetisk vägledning*, där patienten ofta inte bara ska fatta beslut om egna tester och behandlingar, utan också om ifall potentiellt livsavgörande information om ärftlig risk för sjukdom också ska meddelas släktingar. Även i dessa fall ställs ofta frågan vad den genetiska vägledaren skulle göra. Då har man varit ovillig att svara på frågan, dels för att man inte vill ta över patientens *ansvar* att fatta beslut med livsavgörande konsekvenser för patienten själv, dels för att man anser att det inskränker patientens självbestämmande eller *autonomi*. Huruvida det sistnämnda stämmer är dock tveksamt. Ser man i första hand autonomi i vården som en *rättighet* som bör respekteras, i enlighet med den traditionella medicinsk-etiska *autonomiprincipen*, så innebär denna en rätt att avstå från att fatta egna beslut. Det ligger ju i rättighetens natur att rättighetsinnehavaren frivilligt kan avstå att utnyttja sin

rätt. Annars skulle det vara fråga om en skyldighet. Enligt autonomiprincipen torde det alltså vara tillåtet att delegera sin beslutanderätt till läkaren om man så önskar, exempelvis genom att fråga läkaren vad denne skulle göra. Ser man däremot autonomi som ett värde som ska gynnas, så att man inte bara bör respektera, utan också befrämja patientens autonomi, så blir det mer naturligt att "tvinga" patienten att vara självbestämmande genom att vägra ta ställning åt henne, även om det kan låta paradoxalt. I praktiken har nog det sistnämnda synsättet på autonomi fått allt större genomslag inom genetisk vägledning. Detta har också historiska förklaringar och verksamhetens tänkande har delvis sina rötter i Carl Rogers klient- eller *patientcentrerade* psykoanalys.

LITTERATUR: Juth 2005.

Wakefieldfallet illustrerar olika etiska problem i samband med publiceringen av preliminära resultat i (prestigefyllda) medicinska tidskrifter, en presentation som i det aktuella fallet kom att få ödesdigra konsekvenser för vaccinationsfrekvensen hos befolkningen. I en artikel (early results) i *The Lancet* 1998 (351: 637-44) framställde gastroenterologen Andrew Wakefield en hypotes om ett samband mellan vaccination mot mässling/påssjuka/röda hund (MMR) och förändringar i tarmen som i sin tur antogs skulle leda till autism. Hypotesen var att vaccinet skulle kunna skada tarmen (orsaka enterokolit) och därmed hindra upptaget av vitaminer, vilka som i sin frånvaro/brist skulle orsaka autism.

I rapporten beskrev Wakefield och medarbetare 12 fall där man ansåg att sambandet var styrkt. I 8 fall hade de autistiska symtomen föregåtts av symtomen från tarmen (enterokolit) enligt föräldrarna och läkare. Den genomsnittliga tiden mellan debut av enterokolit och autism var 6,3 dagar (range: 1-14 dagar). I fyra fall hade de autistiska symtomen börjat före tarmsjukdomen. Wakefield föreslog i rapporten etablerandet av en ny diagnos: Autistisk enterokolit.

Vid presskonferensen i samband med publi-

ceringen förespråkade Wakefield att föräldrar bör undvika MMR-vaccination. Nyheten fick stort genomslag i både den engelska och den europeiska dagspressen. Några år dessförinnan hade man i Storbritannien haft ett falskt alarm rörande riskerna med kikhostevaccin, vilket hade bidragit till skepsis mot vaccination. Konsekvenserna av Wakefields presentation var att MMR-vaccinationen minskade med över tio procent i många europeiska länder. Enligt WHO bör man för att kunna hindra utveckling av en mässlingsepidemi ha minst 90% täckningsgrad eller herd-immunitet (se *vaccination*). I Sverige gick täckningsgraden ner från 97% till 88% och i Storbritannien gick den ned från 90% till 80%.

Andra forskare (Taylor et al.) följde upp frågan, men kom fram till motsatta resultat (*Lancet* 1999; 353: 26-9). Man konstaterade bland annat att antalet fall av både klassisk autism, atypisk autism och asperger har ökat jämnt sedan 1979 (-1999) och utan avvikelser i samband med introduktionen av MMR 1988. Flera andra registerundersökningar från andra länder har visat på samma avsaknad av samband.

Brian Deer, journalist vid *The Sunday Times*, ifrågasatte redan från början resultaten och påbörjade en granskning av Wakefields ursprungsstudie. Han konstaterade först att studien inte hade fått etiskt godkännande och att den angivna finansören av studien i själva verket hade mottagit medlen (£55 000) från en advokat som planerade åtal mot den farmaceutiska industri som producerade vaccinet. I det kontrakt som upprättats mellan advokaten och Wakefield hade denne accepterat att advokaten skulle få skicka fem barn vars föräldrar anlitat honom. Anledningen till att barnen remitterades till just Wakefield var att man visste att han var negativ till MMR-vaccinering. År 2004 drog Wakefields medförfattare tillbaka artikeln från *Lancet* och redaktören beklagade publiceringen, men kunde enbart konstatera att Wakefield hade brustit i redovisningen av *jäv* (conflict of interests).

Fallet illustrerar sålunda både jävsproblematik, problem med forskare som tror för mycket

på sina hypoteser (i strid mot kravet om disinterestedness) och de allvarliga konsekvenser ett falskt alarm kan få för folkhälsan och enskilda patienter, då ett flertal fall av komplikationer till följd av mässling registrerades. Det visade sig också att *whistleblowern*, Brian Deer, hade haft svårt att få acceptans för sina fynd även inför Lancets redaktion. Fallet illustrerar också de problem som kan uppstå inte bara då forskaren är förälskad i sin hypotes och inte är beredd att släppa den, men också då det finns andra, i det här fallet föräldrarna till de autistiska barnen, som har intressen av att få en biologisk förklaring till ett psykiatriskt sjukdomstillstånd. Inte sällan känner föräldrar till autistiska barn eller barn med ADHD någon sorts skuld eller ansvar för att barnen utvecklat sina symtom/sjukdomar. En biologisk orsaksförklaring, inte minst en hypotetiskt iatrogen, kan leda till att föräldrarna kan minska sin upplevda skuldbörda. Det finns i sådana situationer stor risk för att vetenskapen blir ideologiskt förvriden. Se *Bacons idoler* och *disinterestedness* (CUDOS-normer).

LITTERATUR: Wakefield et al. 1998.

Vancouver Uniform Requirement är uttrycket för de internationella etiska riktlinjerna för genomförandet och rapportandet av medicinsk forskning. De problematiserar och preciserar bland annat frågor om författarskap (authorship vs. contributorship), ansvar och frihet för redaktören för en vetenskaplig tidskrift, peer-review-procedurer, jävsproblematik, frågor om privatliv och konfidentialitet både i relation till patienter/forskningspersoner samt redaktörer och reviewers. Man berör vidare frågor om försökspersoners och försöksdjurs säkerhet och välbefinnande. Redaktionella aspekter rör också skyldigheten att publicera negativa resultat, hur man ska förfara vid korrekationer och tillbakadragande av redan publicerade artiklar. Vidare berörs frågor om överlappande publikationer antingen i termer av dubbel publikation eller vid upprepning av likartade resultat, s.k. salamipublikationer.

Det kanske mest kända för potentiella författare är den struktur som rekommenderas

för när man presenterar resultat av framför allt empiriska studier. 1) Den första sidan ska innehålla ett förslag på titel som ska vara kort och kärnfull, och 2) en presentation av författare och vad de bidragit med samt om det finns intressekonflikter. Därefter följer 3) ett abstract med nyckelord, 4) en introduktion till ämnet, som kan börja brett för att sedan mynna ut i en preciserad frågeställning eller hypotes, 5) ett metodavsnitt som ska innehålla en presentation av hur försökspersonerna eller forskningspersonerna selekterats och vilka metodologiska och statistiska modeller som används, 6) en presentation av resultaten, 7) en diskussion av resultaten samt en konklusion, och slutligen 8) referenser med ett preciserat sätt att presentera dessa (se referenslistan till föreliggande text). Sedan kommer en redovisning av hur tabeller och figurer ska presenteras.

LITTERATUR: Uniform Requirements for Manuscripts 2008.

Vertikal prioritering är ett uttryck som används när man inom en och samma specialitet ska prioritera mellan olika tillstånd. Inom ögonspecialiteten är exempelvis glaukombehandling antagligen inte så högt prioriterad som kataraktkirurgi eller behandling av tumörsjukdomar i ögat. Vertikal prioritering ska ses i relation till horisontell prioritering som är en prioritering mellan olika specialiteter. Se också *prioritering* och *sjukdomars prestige*.

Vetande är en form av kunskap som man vanligtvis kan lära sig genom att läsa böcker eller vetenskapliga tidskrifter. Man kan skilja mellan mekanismvetande och korrelationsvetande, där det förra representerar vetande om biologiska, fysiologiska, biokemiska och patologiska mekanismer och det senare rör samband där man kan påvisa en statistisk korrelation, men där det inte finns en klarlagd mekanism rörande orsak och verkan, så som exempelvis är fallet inom vissa typer av epidemiologisk forskning. Vetande kan kontrasteras till kunnande. Se vidare *kunskap*.

Vetenskapliga legender är idealiseringar av personer eller forskargrupper eller vetenskapliga paradig som fungerar som förebilder för den vetenskapliga miljön. Inom medicinen finns flera vetenskapliga legender som exempelvis William Harvey, Edvard Jenner, Ignaz Semmelwies, Gregor Mendel, Louis Pasteur, Robert Koch, Banting och Best, Watson och Crick etc. Det intressanta med dessa legender är att om de ifrågasätts så blir reaktionen mycket kraftig bland dem som tillhör det vetenskapliga paradigmet där legenderna figurerar som portalfigurer. Det är framför allt vetenskapshistoriker, men även andra som fungerat som en sorts historiska whistleblowers som fått märka av detta. När vetenskapshistoriker och statistiker har misstänkt att framstående forskare som Newton, Mendel, Pasteur, Banting och Best har fuskat så har reaktionen inte uteblivit.

Grundaren av den moderna statistiken Ronald Fisher (1890–1962) har sålunda indikerat att både Newton och Mendel måste ha friserat sina data eftersom deras resultat statistiskt sett varit för bra. Men i syfte att inte ifrågasätta Mendels goda rykte – han var ju munk – så uppfann Fisher en trädgårdsmästare (a phantom-gardener) som liksom Mendel kände till den hypotes som han ville ha stöd för. Det skulle sålunda vara trädgårdsmästaren och inte Mendel som lagt tveksamma fall av ärtblommor i de högar som favoriserade Mendels hypotes. Trädgårdsmästaren fungerade som en sorts hjälphypotes för att upprätthålla Mendels goda rykte och för att undvika kraftfulla reaktioner mot statistikern som framförde kritiken. Fisher lyckades dock inte förebygga en mycket kraftig reaktion från ärtlighetsforskare som än i dag (långt efter Fishers död) anklagar Fisher, som kanske är en av de mest framstående statistikerna någonsin, för att ha använt sig av fel statistisk metod (ett Chi 2-test). Den som gör andra uppmärksamma på att den vetenskapliga legenden inte är helt felfri drabbas ofta av en ”kill the messenger”-problematik vilket följande exempel också illustrerar.

År 1971 blev Louis Pasteurs forskningsprotokoll för första gången offentligt tillgängliga.

Vetenskapshistorikern Gerald Geison visade sedan i sin bok *The private science of Louis Pasteur*, från 1995, att Pasteur hade vilselett kollegor och offentligheten i två avseenden. Det ena var i samband med dokumentationen av vaccinationen för mjältbrand (antrax) och i samband med behandling/vaccination mot rabies. Vi ska här ta upp det första. Pasteur påstod att han framställt vaccin mot antrax genom en försvagningsprocedur (attenuation) av bakterierna med hjälp av luftbehandling/oxygenering. I själva verket hade han använt sig av medarbetaren och kollegan Chamberlands metod, enligt vilken han hade använt kaliumbikromat för att försvaga antrax-bakterierna. Pasteur vågade inte använda sin egen redovisade metod som antagligen inte var tillräckligt utprövad och använde därför det av Chamberland framställda vaccinet som var mer säkert. Pasteur genomförde sedan historiens första offentligt genomförda djurexperiment: 25 får blev vaccinerade och 25 inte. Alla fick sedan samma dos av antrax injicerad och nästföljande dag i närvaro av publik och press observerades resultatet. 23 av de icke vaccinerade fåren hade dött och de två sista var döende. 24 av de vaccinerade levde och ett dräktigt får var döende. Några månader senare lyckades Pasteur dock genomföra ett annat experiment där han använde 75 får och framställde vaccinet enligt sin luftningsprincip, och även dessa resultat var övertygande. Geison förklarar Pasteurs tillgrepp med att han befann sig i en extremt pressad konkurrenssituation, då en av Pasteurs kritiker, Liebig, starkt ifrågasatte hans metoder och resonemang. Liebig tillhörde ett traditionellt kemiskt paradig och ansåg att användandet av mikroskop var inadekvat. Men även om Geison försöker att förstå och förklara Pasteurs situation så uteblev inte reaktionen på hans bok. En framstående vetenskapsman och mikrobiolog recenserade boken i *The New York Review of Books* och ansåg att det i själva verket var Geison och inte Pasteur som hade betett sig oetiskt. Se också *whistleblowers*.

LITTERATUR: Judson 2004, Lynöe 2007.

Vetenskapligt bedrägeri, se *forskningsfusk*.

Vetenskapligt paradig är ett begrepp som kommer från den amerikanska vetenskapsfilosofen Thomas Kuhn och kan ses som en kritik och en uppgörelse med positivismen. Kuhn var inspirerad av den polska mikrobiologen Ludvik Fleck som redan 1936 var en av de första som kritiserade positivismen. Fleck betonade sociologiska och idéhistoriska aspekter på vetenskapen och han använde sig av begrepp som tankestil, vilket kan sägas vara besläktat med Kuhns paradigmbegrepp. Ett vetenskapligt paradig innehåller en uppsättning antaganden och förpliktiganden utan vilka det enligt Kuhn är omöjligt att över huvud taget bedriva någon form av forskning. Paradigmet fokuserar på en uppsättning problem eller ett bestämt antal aspekter och bortser från andra. Tanken är att utan denna fokusering skulle vi inte kunna observera något, eftersom vi behöver en riktning för vår uppmärksamhet. Ett vetenskapligt paradig kan liknas vid ett par glasögon som man tar på för att bättre se världen, men de är av en sådan karaktär att när man väl har tagit på sig dem är de nästan omöjliga att ta av igen. Enligt Kuhn kan man precisera ett paradig i följande termer: I. disciplinmatris och II. urtyper eller exempel. Disciplinmatrisen kan populärt sägas innehålla 1) grundläggande antaganden om hur världen är konstruerad, inom medicin exempelvis vad man ytterst sett ska förstå som en sjuk människa eller sjukdom, vad som typiskt orsakar den och hur ska man behandla den; vidare anges här vad som över huvud taget är tänkbart och vad som inte är tänkbart, 2) s.k. rationalitetskoppel eller gruppförpliktiganden vad gäller val av vetenskapliga argument, synen på orsaker till sjukdomar och hur man ska kunna förklara sådana då det inte finns teorier om underliggande verkningmekanismer som är så basala att de kan finnas under punkten ett, och 3) gemensamma värderingsgrunder vad gäller exempelvis frågor om vad som är god och dålig forskning, vad som är fusk, samt även ideal som exempelvis Mertons CUDOS-normer. En grundläggande värdering inom den kliniska medicinen är att sträva efter att göra gott och icke skada (se *forskningsprincipen*). Val

av signifikansnivå är exempel på en annan typ av en forskningsmiljös värderingar. Den andra aspekten handlar om urtyper eller exempel på vad som är god forskningspraxis och metodpreferenser. Mikroskopet är ett typexempel på en metod inom den tidiga mikrobiologin. Inom denna aspekt finns också vad som benämns paradigets tysta kunskap samt skolexempel på vad som är föredömlig vetenskaplig verksamhet, där olika vetenskapliga legender står i fokus.

Enligt Kuhn utvecklar sig vetenskapen antingen normalvetenskapligt eller revolutionärt eller extraordinärt. En vetenskap där paradigmet är väletablerat och där upptäckter och den vetenskapliga utvecklingen kör som på räls och kunskap läggs till kunskap, sägs utveckla sig normalvetenskapligt. Ett bra exempel är mikrobiologin. Det var först då den var etablerad som det var möjligt att föreställa sig att bakterier kunde vara orsak till sjukdom och under åren 1874–1910 upptäcktes den ena bakterien efter den andra som orsak till sjukdom. En vetenskap som är i upplösning, där det finns en rad konkurrerande forskningstraditioner och vetenskapsuppfattningar, som exempelvis den kritiska perioden innan mikrobiologin slog igenom, benämns extraordinär eller revolutionär om den sedan leder till etableringen av ett nytt paradig. Det som var perifert eller kanske klassificerades som oförklarliga *anomalier*, dvs. oförklarliga eller obegripliga fenomen), i strid med det rådande paradigmet kan plötsligt bli helt centralt i det nya, som exempelvis *Semmelweis* begrepp ”likämnen” och ruttande partiklar från levande. Dessa fenomen som ansågs vara anomalier blev med det mikrobiologiska paradigmet tolkningsbara och förklarade i termer av mikroorganismer. Se också *subparadig* och *anomali*.

LITTERATUR: Fleck 1979, Johansson et al. 2008, Kuhn 1979.

Vetenskap och beprövad erfarenhet är det begrepp som används för att beskriva det underlag för medicinska beslut som de yrkesgrupper som är verksamma inom sjukvården

ska arbeta efter. Detta innebär både att utredningar, behandlingar, omvårdnad, rehabilitering och förebyggande åtgärder ska vara baserade på vetenskaplig evidens och det kunnande som de olika yrkesgrupperna uppnått efter att ha varit verksamma inom sjukvården under en längre tid. Se vidare kunskap, kunnande och vetande.

Det har i olika sammanhang lyfts fram att det är genom läkarkårens undervisnings- och vetenskapsideal som läkarkåren har uppnått en hög grad av kulturell auktoritet och professionell suveränitet. Det visar sig exempelvis genom att samhället har delegerat till den medicinska professionen och då framför allt läkare att ställa diagnoser, sjuk- och friskförklara samt dödförklara patienter. Begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet är i detta sammanhang helt centralt och återkommer därför såväl i hälso- och sjukvårdslagstiftning som i olika *yrkesetiska riktlinjer* och regelsamlingar.

LITTERATUR: Star 1982.

Vetenskapsteori eller vetenskapsfilosofi är en akademisk forsknings- och undervisningsdisciplin som systematiskt studerar vetenskapliga discipliners etablering, utveckling, grundantaganden och gör detta genom att belysa disciplinen ur idéhistoriskt, kunskapsteoretiskt, logiskt, etiskt och sociologiskt perspektiv. Exempel på olika vetenskapsteoretiska positioner och tolkningar av vetenskapens uppkomst och utveckling är positivismen, hermeneutiken och det mer deskriptiva kultursociologiska perspektivet som kommer fram i det kuhnska paradigmbegreppet. Se *vetenskapligt paradig*.

Både *Aristoteles* och senare Galileo Galilei, Isaac Newton, Ernst Mach, Albert Einstein, Bertrand Russell med flera kan sägas att förutom sina bidrag till vetenskapen också ha gjort sig reflektioner om vad vetenskap är, de kunskapsteoretiska villkoren samt reflexioner om den egna rollen och de kan på så sätt sägas även vara vetenskapsteoretiker. Alla de nämnda personerna gjorde också på var sitt sätt upp med gamla vedertagna principer och uppfattningar

Som framstående forskare är jag väl också expert i vetenskapsteori, eller hur?



Forskarens spontana filosofi

om grundläggande antaganden och vetenskapens gränser.

Är man forskare inom det man, liksom Thomas Kuhn, kan benämna ett *vetenskapligt paradig* som befinner sig i en normalvetenskaplig fas, finns det ofta ingen anledning till att närmare reflektera över vad man håller på med. Man är alltså inte per automatik vetenskapsteoretiker även om man genomfört framstående forskning inom sitt område.

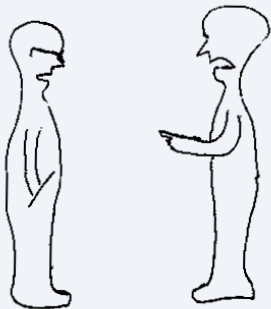
LITTERATUR: Föllesdal et al. 2001, Johansson et al. 2008.

Whistleblowers är den engelska beteckningen för en person som reagerar och slår larm vid missförhållanden eller när någon försöker dölja missförhållanden och etiskt kontroversiella handlingar. Det finns exempel på whistleblowers inom många olika områden, exempelvis inom sporten, inom offentlig administration, inom privata företag, inom klinisk verksamhet och inom forskning. I det följande kommer exempel från en rad av dessa områden:

År 1993 försökte klubbledningen för en fransk fotbollsklubb att muta en fotbollsspelare från ett motståndarlag att avstå från att göra

Statistiker
säger att Men-
del måste ha
fuskat – hans
resultat var
för bra!

Det är inte bara
lögn – det är
förbannad lögn!



Lögn, förbannad lögn och statistik

sitt bästa. Han avslög erbjudan och avslöjade dessutom försöket vilket ledde till en skandal inom fotbollsvärlden. Slutresultatet blev dock att den aktuella fotbollsspelaren blev totalt isolerad och att ingen längre ville spela fotboll med honom.

År 1977 gick en rysk ubåt på grund i Stockholms skärgård. Kaptenen hävdade att den aktuella sjökartan var missvisande. En person på Sjöfartsverket upptäckte då att kaptenen hade rätt, bekräftade och talade om detta. Den aktuella personen blev inte avskedad men var illa sedd bland kollegor och man kom så småningom överens om ett avtal där personen ifrågasade upp sig.

I samband med rymdfärjan Challengers olyckliga start 1986 kom haveriutredningen fram till att det var några gummiringar som på grund av låg temperatur hade gett upphov till läckage och därmed till explosionen. Det framkom vidare att två ingenjörer, anställda i det företag som levererat behållarna med gummiringarna, hade varnat sin ledning för att godkända Challengers uppskjutning under de rådande låga temperaturförhållandena. Men ledningen ville inte hindra uppskjutningen och

gav ändå grönt ljus för denna. De två ingenjörerna blev omedelbart avskedade från företaget; de betraktades som illojala och hade knappast möjlighet att få likvärdigt arbete i framtiden. Den amerikanska senaten grep då in och gav de två männen en livslång pension.

År 1997 hittade en schweizisk bankvakt lådor med arkivmaterial från nazitiden som dokumenterade att den aktuella banken tagit emot guld från nazistiska koncentrationslägen samt medel från konfiskerad judisk egendom. Den aktuella bankvakten hade fått i uppgift att destruera arkivmaterialet, men han gjorde inte detta, utan slog i stället larm om fyndet och det blev en stor skandal. Mannen blev åtalad, men lyckades ta sig ut ur Schweiz och fick politisk asyl i USA.

I samband med avslöjandet av Tuskegees skandalen 1972 hade en ung läkare, dr Buxtun, längre försökt att få *the Tuskegee Syphilis Study* stoppad men inte lyckats påverka vare sig de berörda myndigheter eller forskarteamet. Dr Buxtun vände sig därför slutligen till media, och skandalen var ett faktum bara några dagar efter publiceringen. Även om dr Buxtun i dag framstår som en hjälte så hade han det mycket svårt bland kollegor efter avslöjandet.

I Sverige har vi inom medicinen haft ett relativt nytt exempel på en lyckad whistleblowing som man sedan lagstiftade kring. Det rör sig om den s.k. *lex Sarah* som handlade om avslöjandet av missförhållanden inom äldreården.

Inom medicinsk forskning finns en rad exempel på hur svårt det är att vara whistleblower i samband med avslöjandet av missförhållanden i forskningen. Det är inte bara i samband med avslöjandet av att forskning har varit oetisk med avseende på att försökspersoner har skadats och kränkts, utan också då det finns misstanke om forskningsfusk, dvs. då forskaren eller forskargruppen på olika sätt manipulerat forskningsprocessen eller rent av fejkat resultat. Ett exempel är från Sydkorea 2006 där en framstående stamcellsforskare visade sig att ha fuskat med en studie publicerad två år tidigare i tidskriften *Science* – det rörde sig kloning av mänskliga ägg. Det var medarbetare

till forskaren som hade vänt sig till ett tv-bolag där några journalister sedan lade fram misstankarna. Forskaren hade dock innan framstått som en oerhört framgångsrik forskare och blivit en nationell hjälte. Tv-bolaget hotades av bojkott och direktören för bolaget fick offentligt be om ursäkt och ge löfte om att avskeda de två journalisterna som var ansvariga för tv-programmet. Så småningom kom det dock fram och dokumenterades att den aktuella forskaren faktiskt hade fabricerat sina resultat. Svårigheten med att anmäla honom var bland annat att han hade blivit hela nationens stolthet, en nu levande *vetenskaplig legend*.

För att på sikt kunna förebygga forskningsfusk kan man diskutera behovet av att inrätta speciella institutioner för att handlägga misstankar om forskningsfusk. I vissa fall kan whistleblowers också slå falskt larm; då man exempelvis kan slå larm i syfte att misstänkliggöra en annan forskare.

En speciell form av whistleblower-problematik är relaterad till vetenskapshistoriker som i efterhand avslöjar forskningsfusk. Om den fusande forskaren har hunnit bli en *vetenskaplig legend* är det stor risk för att avslöjandet kan falla tillbaka på vetenskapshistorikern. Detta var exempelvis fallet med Gerald Geison som visade att Louis Pasteur sannolikt missinformerade om vilken procedur han använt vid ett vaccinationsexperiment. Även statistikern Ronald Fisher råkade illa ut då han visade att exempelvis Gregor Mendel sannolikt fuskat eftersom resultaten var lite för bra för att vara trovärdiga (se också *vetenskapliga legend*). Problemet med whistleblowers är snarlikt den som berör *döda budbäraren*-problematiken.

LITTERATUR: Judson 2004, Jensen 1994, Lynöe 2007.

Victim blaming innebär att offer för exempelvis våldtäkt, misshandel, sjukdomar eller olyckor anses få skylla sig själva. Tanken bakom begreppet victim blaming är att patienterna/offren har utsatt sig för risktagande eller genom sitt beteende själva försatt sig i en situation som lett till skadorna. Se *självförvållade sjukdomar*.

Vikarierande beslut, se ställföreträdande beslut

Vilja är ett centralt begrepp i den kantianska moralfilosofin. Se *Kant*.

Willowbrookstudien refererar till en rad olika undersökningar av förståndshandikappade barn under perioden 1956–1970. Willowbrook var en statsinstitution (skola) i New York där hepatit var utbredd och nästan alla elever smittades så småningom. En av undersökningarna med cirka 750 deltagare gick ut på att studera om man med injicering av hepatitinfekterat gammaglobulin redan vid inskrivningen vid skolan kunde förebygga svårare varianter av hepatit. Forskarna försvarade detta med att barnen ändå skulle bli infekterade när de kom till Willowbrookskolan och att det därför var bättre att bli infekterad under kontrollerade försöksbetingelser. Föräldrarna gav sitt informerade samtycke, men vanligen ställdes det som villkor för att föräldrarna skulle få in sina barn på skolan, att de accepterade att barnen inkluderades i studien. Det kan alltså i praktiken ha funnits små möjligheter för föräldrarna att säga nej till att delta i studien och därmed var kravet på frivillighet i samband med samtycket komprometterat. Studien ledde så småningom till utvecklingen av en fungerande förebyggande behandling, men i samband med publiceringen av resultaten uppstod en intressant diskussion mellan de ansvariga forskarna och andra forskare samt mellan olika tidskriftsredaktioner. Studien blev publicerad i *New England Journal of Medicine* men hade dessförinnan refuserats av *The Lancet* som ansåg att undersökningen var oetisk. Vi ska komma ihåg att det då var Helsingforsdeklarationen från 1964 som var gällande. De krav på rättvisa exempelvis gällande valet av försökspersoner som gäller i dag var inte tydligt poängterade i 1964 års version av Helsingforsdeklarationen. Enligt 1975 års version, där man dessförinnan i USA hade genomlevt Tuskegees skandalen och den efterföljande Belmontrapporten, framgår det tydligt att om det uppfattas som en börda

att delta i klinisk forskning så ska dessa bördor fördelas lika; anses det däremot att det är en fördel att delta ska även dessa fördelas fördelas lika mellan olika grupper i samhället. Att välja ut en svag grupp (barn med nedsatt autonomi) där man lika gärna skulle kunna ha genomfört forskningen på andra beslutskompetenta är sålunda inte försvarbart. Enbart om man med säkerhet kan fastslå att hepatit bland barn har ett speciellt förlopp och att barn också har rätt att få sina speciella sjukdomar studerade kan man försvara studien, även om den fortfarande är svårmotiverad med tanke på omständigheterna kring det informerade samtycket. Se även *Tuskegee Syphilis Study* och *Vipeholmsstudien*.
LITTERATUR: ROSS 2006.

Vipeholmsexperimenten refererar till en rad studier om bland annat sambandet mellan godis (kolhydratrik diet) och förekomst av hål i tänderna (karies), som genomfördes under perioden 1945–1954 på en institution för förståndshandikappade benämnd Vipeholmsanstalten, som låg en bit utanför Lund.

Bakgrunden till studierna var undersökningar som gjordes redan på 1930- och 1940-talen, som visade att tandhälsan i Sverige och de nordiska länderna var dålig. Man uppskattade att 83 % av alla treåriga barn hade karies och av soldater som mönstrade var det bara en utav 1000 som var utan karies. Mot bakgrund av detta beslöt riksdagen att etablera det som vi i dag kallar Folktandvården, men eftersom en sådan satsning skulle bli mycket kostsam beslöt man också att närmare undersöka om det var möjligt att förebygga karies. För att kunna förebygga på ett rationellt sätt måste man veta vilka faktorer eller orsaker som kan påverka utfallet och före Vipeholmsexperimenten visste man inte med någon större säkerhet vad som orsakade karies. Var det uttryck för en generell störning, exempelvis bristsjukdom, eller för konstitutionella eller genetiska faktorer, eller var det frågan om lokala reaktioner i munhålan på diet? Litteraturen var motsägelsefull och en förutsättning för att kunna gå ut med en storskalig kampanj för att reducera sockerintaget

taget var att man hade konklusiva data. Och det var här Vipeholmsanstalten kom in i bilden. Anstalten var en ideal försöksstation, där försökspersonerna var intagna och tillgängliga under lång tid och där alla måltider och mellanmål var under strikt kontroll.

Man genomförde flera olika studier där även tillförsel av vitaminer (A, C och D) samt fluor ingick, dock utan påvisad effekt. Det mest kända försöket genomfördes under åren 1947–1951 och innebar att försökspersonerna indelades i flera grupper där vissa fick icke-klibbiga sötsaker i samband med måltiderna och andra fick klibbiga sötsaker i olika omfattning (8 eller 24 karameller) mellan måltiderna (de s.k. Vipeholmskaramellerna). Resultaten visade på ett mycket starkt samband mellan kolhydratexponering och antal kariesangrepp, vilket framgår av nedanstående diagram.

Generellt sett fanns det nu evidens för att kunna gå ut till allmänheten med rekommendationer om att minska intaget av kolhydrater och begreppet lördagsgodis lanserades, vilket innebar att barn fick äta godis vid ett tillfälle per vecka, i samband med ett då populärt program i radion. Det fanns dock också resultat som sällan lyfts fram och som komplicerar bilden av kolhydrater som enda orsak till karies. Cirka 20 procent av de försökspersoner som hade blivit extremt exponerade för kolhydrater (24 karameller/dygn som mellanmål) hade inte utvecklat ett enda kariesangrepp under ett helt år. Andra studier som undersökte koncentrationen av laktobaciller visade tillsammans med genetiska studier att dessa faktorer också var av stor betydelse för uppkomsten av karies. Vipeholmsexperimenten ledde till en rad uppföljande studier på 11–12-åriga skolungdomar som visade att kombinationen av hög koncentration av laktobaciller och kolhydratexponering i form av klibbiga mellanmål tycks leda till hög förekomst av karies.

Vipeholmsexperimentet gav alltså både svar på den generella frågan om sambandet mellan kolhydratexponering och förekomsten av karies och ledde till en rad andra uppföljande projekt och avhandlingar. Det vetenskapliga

huvudarbetet som blev resultatet av kolhydratstudien är fortfarande ett ofta citerat arbete. Det har (enligt Science Citation Index) citerats mer än 400 gånger och merparten citat är från de senaste 25 åren.

Vipeholmsexperimentet illustrerar emellertid också ett forskningsetiskt problem, nämligen att värdera dåtidens handlingar med nutidens värderingsgrund. Men även om synen på förståndshandikappade den gången var annorlunda jämfört med i dag, och *autonomi- och rättvisepinciperna* först formulerade under 1980-talet, så kan man ändå undra om inte studien var i strid med exempelvis den hippokra-

tiska traditionen att man som läkare ska sträva efter att göra gott och inte skada i relation till den enskilda patienten. De forskare som var involverade i Vipeholmsprojektet var välrenommerade och projektet genomfördes i nära samarbete med dåvarande Medicinalstyrelsen, vars ledning under hela projektets gång besökte Vipeholmsanstalten flera gånger per år. Det var först då några riksdagsledamöter 1953 på etiska grunder ifrågasatte den fortsatta finansieringen av projektet, som en tidsgräns fastslogs (1 juli 1955) för involverandet av försökspersoner på Vipeholmsanstalten.

Med tandläkarnas ankomst till Vipeholms-

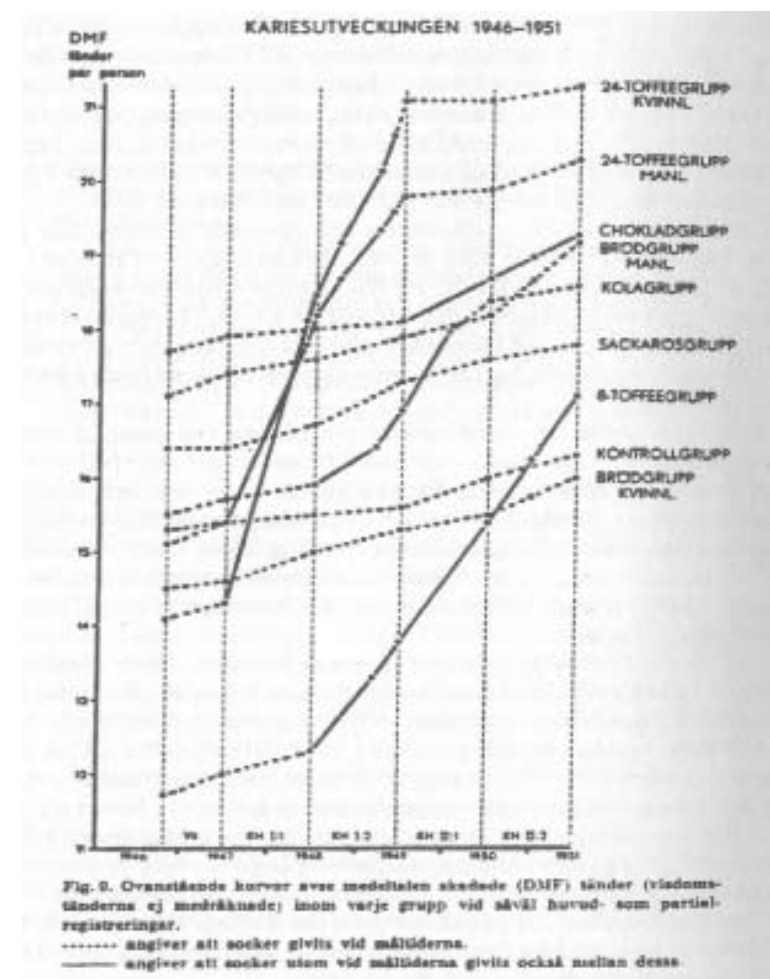


Fig. 9. Övannämnda kurvor avse medeltalen skadade (DMF) tänder (vidoms-
tändernas ej medräknade; inom varje grupp vid såväl huvud- som partiell-
registreringar.
..... anger att socker givits vid måltiderna.
———— anger att socker utom vid måltiderna givits också mellan dessa.

anstalten är det ändå dock otvivelaktigt så att den samlade svenska tandhälsan blev förbättrad även om ett stort antal försökspersoner fick ett ökat antal kariesangrepp (lägg märke till att baseline börjar vid 11 kariesangrepp och inte noll). Alla medverkande fick sina hål lagade och det har sannolikt inte varit utan viss smärta. Man refererar också till att läkarna som undersökte försökspersonerna angav att deltagarnas generella hälsa både mentalt och somatiskt var bättre än tidigare, även om man skulle kunna föreställa sig att den ensidiga kolhydratdieten för vissa skulle kunna leda till följsjukdomar. Man kan alltså säga att man å ena sidan gjorde gott för de aktuella patienterna genom att tänderna blev lagade och deras allmänna tillstånd förbättrades, även om man också orsakade smärta och skador i tänderna (vilket man dock inte från början visste med säkerhet), och å andra sidan producerades kunskap (och skapade ett nytt forskningsfält) som blev till gagn för folkhälsan genom de förebyggande insatserna och på så sätt minskade lidandet för framtida patienter, och kanske framför allt barn. Nyttomoraliskt kan man sålunda säkert argumentera för att studien så här långt minskade det samlade lidandet. Autonomiprincipen och frågan om *människosyn* är dock mer problematisk. Merparten av de aktuella försökspersonerna, man inkluderade enbart sådana som kunde förväntas samarbeta (bekvämlighetsurval), var inte *beslutskapabla* och något *informerat samtycke* förekom inte. Föräldrar eller förmyndare var inte heller informerade eller tillfrågade. Det var vid denna tidpunkt vanligt att det var förståndaren för en sådan institution som gav tillstånd och inte de enskilda individerna. Samma förfaringsätt förekom också inom fängelseväsendet vid denna tid. Det kan inte uteslutas att man vid denna tidpunkt utgått ifrån att förståndshandikappade hade en annan smärtupplevelse och därför inte känt några smärtor och att tandvård var en del av vardagen för många människor, barn såväl som vuxna, och något man var tvungen att mer eller mindre leva med. Rättvisaspekten är speciellt intressant eftersom de aktuella försökspersonerna tillhörde en

grupp i samhället som inte kom att omedelbart få gagn av den kunskap som Vipeholmsstudierna ledde fram till, då det knappast hade varit aktuellt med lördagsgodis för dem. Man skulle kunna argumentera för att de aktuella försökspersonerna tillhör en grupp som "tär mer än de när" och att Vipeholmsstudierna var ett sätt för dem att ge igen till samhället något av allt det de fått. Men frågan är om detta argument tillsammans med de metodologiska bekvämlighetsargumenten för att genomföra experimenten vid just Vipeholmsanstalten håller för närmare granskning. Formulerat på ett annat sätt säger rättvisepincipen tillämplad i forskningssammanhang också att om det uppfattas som en fördel att delta i klinisk forskning ska denna fördel fördelas lika och om det uppfattas som en börda att delta ska även denna börda fördelas lika. Är det försvarbart att använda sig av en s.k. svag grupp (exempelvis förståndshandikappade, små barn eller alzheimer-patienter) i försök som lika gärna skulle kunna genomföras med fullt beslutskapabla individer som man på vanligt sätt kan inhämta ett informerats samtycke från? Om man svarar ja på denna fråga kommer vi inte bara att vara i konflikt med rättvisepincipen, vi kommer kanske också att vara i konflikt med principen om alla människors lika värde. Nyttomoraliska argument och metodologiska argument bör eventuellt vika för andra principer såsom det också framgår av Helsingforsdeklarationen från år 2008.

Forskare som var engagerade i Vipeholmsstudierna hävdar att Helsingforsdeklarationen kom till först 1964, och att man därför inte kunde ta hänsyn till den. Men Nürnbergkoden kom redan 1947 och man kan då undra varför man inte tagit intryck av den. Svaret är nog likartat det som man gav i USA angående Nürnbergkoden: "This was a good code for barbarians but unnecessary for ordinary physicians." När forskarna som var involverade den gången i dag reflekterar över Vipeholmsstudierna 50 år senare anför: "1) The end sometimes justifies the means, and 2) it is easy to be wise after the event". Se även *Tuskegee Syphilis Study* och *Wilowbrookstudien* samt *Helsingforsdeklarationen*.

LITTERATUR: Krasse 2001, Petersson 1994.

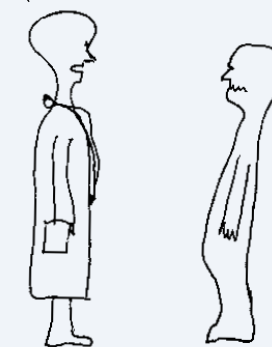
Vita lögner används ibland som beteckning för när man ljuger i syfte att inte skada en annan person och där lögnen kanske inte får vittgående konsekvenser för den aktuella personen eller patienten. Vita lögner kan sålunda också kallas paternalistiska lögner eftersom syftet är att skydda patienten, att göra gott eller att undvika att skada. Vita lögner kan också ha innebörden att man håller inne med information som inte aktivt efterfrågas, men som den berörda skulle ha frågat om ifall vederbörande varit bättre orienterad (eller adekvat informerad). Man låter exempelvis bli att tala om allvaret i en sjukdom för ett allvarligt sjukt barn när barnet inte aktivt frågar. Man kan också handla så i stunden för att senare och successivt ge adekvat information. Underlåtelse att meddela relevanta fakta är inte bokstavligen talat lögn, men räknas ibland till manipulation om syftet med underlåtelser är att påverka patientens beslutsfattande. Se *informerat samtycke*, *tala sanning-principen* och *vad man inte vet gör heller ej förtret*.

Vita snittet, se lobotomi.

Voodoo-effekt är en extrem form av negativ förväntanseffekt som exempelvis kan vara en medicinmans dödsdom över en stammedlem som gjort ett övertramp mot ett tabu. Personen kan dö utan att någon utomstående exekverar domen. Se också *noceboeffekt*.

World Medical Association (WMA) är en sammanslutning av nationella läkarförbund från alla världens länder. WMA ger exempelvis riktlinjer för hur man ska bedriva sjukvård och medicinsk forskning. Det sistnämnda kommer till uttryck i Helsingforsdeklarationen från 1964, 1975, 2000 och 2008. Även Tokyodeklarationen angående läkares (icke) medverkan i tortyr och Lissabondeklarationen om patienträttigheter kommer från WMA. Sveriges läkarförbunds läkarregler avspeglar i viss mån WMA:s, dock med vissa tillägg.

Om jag vore er skulle jag inte fråga om diagnos och prognos.



Illu dolda vita lögner?

Vårddirektiv är en skriftlig eller muntlig förklaring om hur man vill ha det när man inte längre själv förmår att besluta detta. Ett vårddirektiv kan vara till hjälp i samband med att sjukvårdspersonal eller närstående ska bedöma om man ska inleda, fortsätta, avstå från eller avbryta behandling. Vårddirektiv kan också omfatta avsikter som berör den icke längre beslutsförmögna patientens åsikter om att delta i forskningsprojekt eller önskemål om att donera eller att inte donera organ eller vävnader etc. Se också *livstestamente*.

Vårdetik används i Sverige ofta synonymt med klinisk etik, dvs. vårdetik handlar om de handlingar och beslut som berör patienter, läkare, sjuksköterskor m.fl. inom vanlig rutinsjukvård. Det får inte förväxlas med omvårdnadsetik som berör de etiska aspekter som finns i relation till speciellt sjuksköterskors omvårdnad av sina patienter.

Välfärd är ett centralt begrepp inom utilitarismen. Med välfärd avses då en människas upplevelse av hur bra hon mår, att hon känner sig frisk, att livet känns värt att leva, att han/hon

har fått möjlighet att realisera sitt livsprojekt som kan variera från människa till människa.

Det finns olika uppfattningar om vad välfärden består i. *Hedonistiska* teorier betonar den egna upplevelsen av välbefinnande, harmoni och lycka medan *önskeuppfyllelseteorier* betonar i stället värdet av att få som man vill och värdet av att genomföra sina livsplaner. En vanlig annan innebörd av välfärd är att grundläggande välfärd hänger samman med tillgång till rent vatten, föda, bostad, sjukvård, utbildning, socialförsäkring etc. I filosofisk mening är dessa goda ting enbart medel till att uppnå välfärd i betydelsen lycka eller önsketillfredsställelse, vilka kan tillskrivas *egenvärde*. Man skulle också i stället för välfärd kunna tala om *livskvalitet*. Det som avses med välfärd i detta sammanhang är nära den enskildes egen bedömning av vad som är det goda livet och inte någon annans, exempelvis samhällets eller sjukvårdspersonalens. Till välfärdsteorier räknas ofta teorier om *personligt egenvärde* som sätter personens egna upplevelser och önskemål i centrum och inte betonar vissa allmänna livsmål som goda för var och en, oavsett deras egen uppfattning. Se *perfektionism*.

Välvilja kan uppfattas som en dygd för sjukvårdspersonal. Välvilja kan tolkas som en dygdetisk version av de två principerna göra gott och inte skada. Se *dygdetik*.

Värdebaserad medicin förkortat VBM är en beteckning som växt fram som pendang till evidensbaserad medicin (EBM) som har fokus på vetenskapliga fakta. Genom en fokusering på enbart EBM anser företrädare för VBM att man kommer att sakna den andra delen i den kombinerade proceduren som ligger till grund för beslutsfattandet inom sjukvården: fakta och värderingar. Inom EBM-traditionen har man försökt att fokusera på att få hög kvalitet på sina empiriska metoder och undersökningar, och man har även strävat efter att undvika att gå från det beskrivande/deskriptiva är till det föreskrivande/preskriptiva **bör**, trots att det i läkarvetenskapen finns en mer eller mindre

öppen värdering: nämligen att göra gott och undvika att skada (se *Hume* och *naturalistiska felslutet* samt *vetenskapligt paradigm*). VBM kan bland annat ses som resultaten av tillkortakommanden med EBM när det exempelvis har rört frågor om patientens livskvalitet och egna preferenser. En del VBM har sålunda inneburit att man i cost-benefit-analyser har inkluderat patientens värderingar och preferenser.

VBM ska sålunda ses som ett komplement till EBM och ett försök att tydliggöra värderingar som finns både explicit och implicit i sjukvården. Exempelvis är värdepremissen att göra gott så grundläggande att man ibland inte tänker på den, men som i själva verket är grunden för att medicinsk kunskap är handlingsdirigerande. Har man kunskap och det finns resurser så bör man som sjukvårdspersonal sträva efter att hjälpa en patient som söker för exempelvis akuta bröstsmärtor. Man nöjer sig inte med att efter att ha undersökt patienten och tagit diverse prover dra slutsatsen att patienten har en akut hjärtinfarkt – man tar hand om patienten och ger optimal behandling. Värderingar i sjukvården blir oftast tydliga i de situationer där olika värden kolliderar, exempelvis patientens eller sjukvårdens. Ambitionen med den värdebaserade medicinen är att lyfta fram värden och sedan mot bakgrund av både fakta och värderingar, tillsammans med patienten, komma fram till om möjligt gemensamma slutsatser. Se vidare *beslut* och *patientcentrerad medicin*.

LITTERATUR: BROWN 2005, Brülde 2003.

Värdeneutralitet är ett antagande om forskningens och forskarens ställning i relation till de resultat som forskningen leder till. Det är en uppfattning som finns inom den positivistiska traditionen, men som blev allvarligt ifrågasatt i samband med användningen av de två atombomberna mot Hiroshima och Nagasaki i slutet av andra världskriget. De atomfysiker som då hade ställt upp för att vara med och utveckla en amerikansk atombomb, inom ramen för det s.k. Manhattanprojektet, gjorde detta i syfte att komma före tyskarna, som man trodde höll på att utveckla en atombomb. Många av dessa

kvantfysiker ville, då det blev känt (i slutet av 1944) att tyskarna inte hade någon atombomb eller ens var i närheten av att utveckla en, avsluta projektet. Men som bekant fortsatte projektet och enligt den vetenskapliga ledaren för projektet, Robert Oppenheimer, var den intellektuella utmaningen för stor för att man skulle avbryta ett så spännande projekt. Då atombomberna föll hamnade många av de aktuella atomfysikerna i en *ansvarskris*. Föreställningen om dem själva som värdeneutrala forskare som bara ställde sin kunskap till förfogande för militären, samhället eller politiken blev ifrågasatt. Kunskapen blev handlingsdirigerande på ett sätt som de själva inte hade räknat med. Man kom att ofrivilligt gå från ett vetenskapligt beskrivande till något föreskrivande – från deskriptivt till preskriptivt eller från ÄR till BÖR. Se också det *naturalistiska felslutet*, *positivism* och *värdebaserad medicin*.

En av de som tidigast och mest berömt försvarat ett ideal om värdefrihet inom vetenskapen var den tyska sociologen Max Weber (1864–1920). Enligt Weber bör forskning vara värdefri, även om den oundvikligen är värderelaterad. Med detta menade han inte att vetenskapsmän/-kvinnor inte har en plikt att bry sig om forskningsresultatens användning, då det inte finns något skäl till att en viss grupp i samhället inte behöver ta etiska hänsyn. Det betyder inte heller att värderingar inte har någon plats i den vetenskapliga analysen. För att förstå människor och deras handlande måste vi förstå deras värderingar. Därför är studiet av värderingar en omistlig del av de vetenskaper som undersöker människan. Det Weber menade var att vetenskapen bör sträva efter värdefrihet i betydelsen intersubjektivitet. Ens värderingar ska inte styra själva undersökningen och dess resultat på ett sätt så att andra människor med andra värderingar som genomför samma undersökning på samma material med samma metoder kommer fram till andra resultat. Med andra ord ska resultatet av vetenskap inte vara värderings- eller kulturberoende. Dessutom ska man enligt Weber som vetenskapsman/-kvinna aldrig gå från är till

Sjukdomar kan varken vara höger- eller vänsterorienterade – alltså måste jag som läkare vara värdeneutral!



Om värdeneutralitet

bör utan att öppet deklarerat detta. Man kan som vetenskapsman/-kvinna uttala sig om sitt expertområde, men uttalar man sig om hur samhället eller människorna bör förändras i ljuset av detta måste man vara noga med att signalera att det är något man gör i egenskap av medborgare och inte i egenskap av vetenskaplig expert. Detta för att vetenskapsmän/-kvinnor kan ha goda kunskaper om vilka medel som är effektiva för att uppnå vissa ändamål, men de kan inte sägas ha särskilda kunskaper om vilka ändamål som är eftersträvarvärda i egenskap av vetenskapsmän/-kvinnor.

Dock är vetenskapen oundvikligen värderelaterad i ett antal bemärkelser. För det första kommer vad vi undersöker att styras av vad vi är intresserade av, vilket bestäms av våra värderingar. Vad vi uppfattar som medicinska problem som är angelägna att lösa kommer att styras av våra värderingar. I går var det exempelvis kvinnlig hysteri och i dag är det ADHD. För det andra gör det faktum att observationer är teoriberoende eller teoriimpregnerade att vad vi observerar är beroende av vad vi tror och vad vi tror är nog inte helt oberoende av våra värderingar. Denna potentiella felkälla gäller det

förstås att i möjligaste mån förebygga. För det tredje är teorival inte enbart beroende av observationsdata, eftersom det finns ett oändligt antal möjliga teorier som är förenliga med en viss mängd data, utan också av teoretiska dygder som enkelhet, fruktbarhet och kraftfullhet i teori. Sammanfattningsvis är värdeneutralitet möjligt och önskvärt bara i vissa bemärkelser, men inte andra.

Ett exempel på hur vetenskapliga metoder är beroende av värderingar är valet av signifikansnivå vid en klinisk prövning av exempelvis ett nytt läkemedel. Statistikern kan hjälpa till med att beräkna ett p-värde med hjälp av ett valt hypotesprövningstest, men statistikern kan inte hjälpa oss att välja signifikansnivå. Signifikansnivån kan bland annat uttryckas som den risk vi är beredda att ta för att förkasta en nollhypotes när den är sann, med andra ord den risk vi är beredda att ta för att introducera en ny behandling som ingen verkning har (se *typ 1-fel*). Signifikansnivån baseras alltså på en riskvärdering och är något den vetenskapliga miljön måste välja och komma överens om och kanske mot bakgrund av antalet studier och deras styrkor avgöra om signifikansnivån är rimlig. Se *signifikansnivå och p-värde*.

LITTERATUR: Weber 1949.

Värde och värdeteorier handlar dels om vad som har värde, dels vad värde är för något. Vad vi anser har värde kan vara beroende av vilken normativ etik vi anser vara mest attraktiv. Många utilitarister vill exempelvis relatera sin nyttoprincip med den värdeteori som benämns hedonism medan andra vill basera sin utilitarism på önskeuppfyllelse eller perfektionism. Man brukar inom värdeteorin urskilja värden som är värden i sig själva, s.k. egenvärden. Sådana värden utmärker sig genom att de inte är värdefulla för att de är förutsättningar för eller leder till annat av värde, utan kan anses ha värde i sig själva. Om jag till exempel anser att hälsa är ett tillstånd som kan anses ha värde i sig själv, behöver jag alltså inte hänvisa till att hälsa ökar välbefinnandet eller ger mig de bästa förutsättningarna för att realisera mitt

livsprojekt. Om jag däremot anser att hälsa inte är ett värde i sig, men är en förutsättning för att exempelvis realisera livsprojekt så kan man tala om hälsa som ett instrumentellt värde snarare än ett egenvärde.

Det finns många bud på vad som är värdefullt i sig, dvs. har egenvärde: lycka, autonomi, välbefinnande, frihet, fred, sanning, kunskap, medvetenhet, harmoni och även hänsyn till naturen. Värdeteorier handlar dock inte bara om vad som är värdefullt, utan de handlar också om motsatsen, dvs. vad vi vill undvika: smärta, olust, vantrivsel, sjukdom, krig, ofrihet etc. och man talar i sådana fall också om negativt värde. Ibland förstås också värdeteori närmast som synonymt med metaetik, även om värdeteori också kan handla om andra värden än etiska, exempelvis estetiska eller vetenskapliga. Se vidare *instrumentellt värde, objektivt värde, hedonism, egenvärde* samt *metaetik*.

Värdenihilism är en svensk version av den non-kognitivistiska uppfattningen av metaetiken som i anglosaxisk litteratur benämns emotivism. Värdenihilismen var framför allt förknippad med den s.k. Uppsalaskolan med namn som Axel Hägerström (1868–1939), som utvecklade läran, och Adolf Phalén. Värdenihilism innebär att etiska utsagor eller principer inte kan vara sanna eller falska och därför har värdeomdömen och normer för handlande ingen giltighet. I stället är värdeomdömen och moraliska omdömen uttryck för våra inställningar eller känslor gentemot det vi faller omdömet om. Anhängare av värdenihilismen anser därmed inte heller att det finns något som har ett värde i sig – ett s.k. egenvärde.

Värdenihilismen kan kontrasteras till *kognitivism*. Ibland används nihilism i värdeteori för att omtala den metafysiska eller ontologiska tesen att det inte finns några värdeegenskaper eller värdedefakta, utan att göra anspråk på att kombinera detta med någon särskild språklig analys av värdeutsagor. I den meningen är också Mackies "error-theory" en slags nihilism, eftersom han förnekar att det finns värdedefakta eller moraliska fakta, på samma sätt som exem-

pelvis påståenden om Guds existens, egenskaper och vilja, framställda av en religiös person, skulle förefalla falska för en ateist eftersom det enligt denna inte finns några fakta om Gud till att börja med. Enligt Mackie ska nämligen moraliska omdömen inte enbart tolkas som ett uttryck för känslor, utan han menar att de faktiskt gör anspråk på att handla om moraliska egenskaper, som dock inte finns. "Error-teorin" medför därför att alla moraliska omdömen är falska. Se också *värdeneutralitet*.

LITTERATUR: Bergström 1997, Hägerström 1987.

Värdighet är ett centralt begrepp inom humanismen där mänskliga rättigheter tänks vara grundade i människans värdighet. Att en människa – en patient – bör behandlas med värdighet kan förefalla som en självklarhet, men det finns problem om man studerar verkligheten. Behandlas exempelvis alla äldre eller yngre personer och barn med värdighet? Behandlas alla med psykiska funktionshinder med värdighet? Behandlas alla asylsökande och människor som är födda utomlands med värdighet? Behandlas hemlösa med värdighet? Att alla människor oavsett kön, ålder, etnicitet, funktion och position i samhället ska behandlas med värdighet finns med i de flesta nationella och internationella konventioner och lagstiftningar (se exempelvis FN:s allmänna förklaring om mänskliga rättigheter). I svenska hälso- och sjukvårdslagen står det att "vård ska ges med respekt för alla människors lika värde och för individens värdighet." Vi talar också om värdig vård i livets slutskede och om en värdig död. Enligt den svenska filosofen Lennart Nordenfelt kan man ge värdighetsbegreppet fyra innebörder: 1) värdighet som är kopplat till begreppet människovärde och de nämnda mänskliga rättigheterna. 2) Den värdighet man uppnått i kraft av sitt ämbete, i de flesta fallen efter förtjänst, och man talar då

om meritvärdighet. 3) Värdighet som uttryck för att man har respekt för sig själv och andra, vilket förutsätter att man inte ständigt utför lumpna eller skändliga handlingar och att man i stället handlar på ett sätt som ger anledning till både ens egen och andras respekt och kanske högaktning; Nordenfelt talar om moralisk resning. Den moraliska resningen kan dock graderas eftersom man kan handla mer eller mindre respektingivande. Nordenfelt talar sist om 4) den personliga identitetens värdighet som är knuten till den enskilda människans människovärde – som inte kan graderas – samt även meritvärdighet och moralisk resning, men som dessutom inkluderar integritet, fysisk och kulturell identitet och autonomi. Man kan kränka en persons fysiska integritet på olika sätt, exempelvis genom ofrivillig kroppsundersökning och tvångsbehandling, men man kan också kränka en persons kulturella identitet genom att förödmjuka, exempelvis genom att visa ringaktning mot exempelvis personens yrkesidentitet. Den personliga identiteten kan i motsats till människovärdet graderas eftersom man kan säga att man genom sjukdom eller olycka kan få sin möjlighet att fullfölja sitt livsprojekt begränsad och ens upplevda identitet som människa kan mer eller mindre gå förlorad. Här används identitet för att omtala självsyn och självrespekt, ens självbiografi om man så vill, och inte numerisk identitet. Se *personlig identitet*.

Värdighet är alltså ett mångfasetterat begrepp med flera olika innebörder, men som vårdpersonal kan man sträva efter idealet att både behandla andra människor med värdighet och själv handla med värdighet. Se också *humanism*.

LITTERATUR: Nordenfeldt 2004.

XYZ

Xeno-transplantation innebär att man använder vävnad eller organ från en art till en annan art, exempelvis (hjärtklaffar) från gris till människa. Ursprungligen fanns det stora förhoppningar kring denna teknologi, men risken för olika kända och okända sjukdomar har bidragit till att forskningen inom området inte är så het längre. Det intressanta är sålunda här att det inte är djuretiska skäl som gjort att man har tagit en "time out". Ett annat besläktat område är forskning kring hybrider och chimärer och här förefaller forskningen mer lovande. Se vidare *chimärer*.

Yrkesetik är ofta baserad på etiska riktlinjer som är utvecklade inom det aktuella yrket. De fackliga förbunden för läkare, sjuksköterskor, psykologer, socionomer, jurister, veterinärer, journalister etc. har utvecklat sina egna yrkesspecifika riktlinjer som vanligen beaktar den yrkesverksammas relation till patienten eller klienten (eller vad som är i fokus för verksamheten), kollegor och samhället. Se exempelvis *läkarreglerna*.

LITTERATUR: Petersson 1994.

Yrkesetiska riktlinjer är sådana som utvecklas för att reglera den enskilda yrkesutövares verksamhet på ett sätt så att den aktuella yrkesgruppen eller gruppens anseende inte skadas. Se yrkesetik och exempelvis läkarregler.

Zelens princip eller Zelens pre-randomiseringsstrategi är benämnd efter den amerikanska epidemiologen Marvin Zelen och innebär att potentiella försökspersoner i en studie randomiseras innan de har blivit informerade och tillfrågade om medverkan i en klinisk studie. Strategin är då att man sedan enbart informerar

de försökspersoner som har allokerats till den behandlingsarm som får den nya (lovande) behandlingen, experimentgruppen, medan de som allokerats till att få vanlig rutinsjukvård, kontrollgruppen, inte informeras. Syftet är att man på detta sätt – speciellt då det gäller livshotande tillstånd – kan minska bortfallet i gruppen som allokerats till kontrollgruppen. Det finns två huvudproblem med metoden: 1) dels kan man fråga om man har kontroll över placeboeffekten, då ena gruppen får en ny, kanske lovande behandling som gör både läkaren och patienten entusiastisk och som därmed ökar den positiva förväntanseffekten, och den andra gruppen enbart får rutinsjukvård utan den extra uppmärksamhet som kommer experimentgruppen till del, 2) dels kan man ifrågasätta att de patienter som ingår i kontrollgruppen (och som ju också ingår i den prospektiva studien) inte informeras alls. Informerat samtycke tillämpas alltså inte för denna behandlingsarm. De får den hittills bästa behandlingen och skulle de inte medverka skulle de ändå vara hänvisade till samma behandling. Utilitaristiskt skulle det vara möjligt att argumentera för Zelens princip, åtminstone om man skulle kunna hålla proceduren hemlig. Men detta är ett av problemen, och upptäcker en patient i efterhand att han/hon deltagit i en studie som del av kontrollgruppen, kan det få stora konsekvenser för förtroendet för den kliniska forskningen och även för sjukvården. Detta var fallet med en studie kring bröstbevarande kirurgi som jämfördes med radikal mastektomi där den sistnämnda gruppen tillhörde rutinförfarandet.

Zelens princip har sedan dess uppfattats som kontroversiell och enbart undantagsvis godkänns pre-randomiseringsförfaranden av etikprövningsnämnderna. Frågan är dock vad

befolkningen anser om att i vissa tillfällen tillämpa principen. I en undersökning av föräldrar till svårt sjuka barn där man informerat på vanligt sätt blev föräldrarna i efterhand tillfrågade om de kunde tänka sig att Zelens princip hade tillämpats. Svaret var inte entydigt nej, och nästa fråga är i vilken omfattning förtroendet för sjukvården är avgörande för om man säger ja eller nej. Man kan dock här hamna i

en paradoxal situation. Om vi accepterar Zelens princip därför att man allmänt har stort förtroende för forskningen och sjukvården så finns det risk för att om man i efterhand upptäcker att man deltagit i en studie genomförd enligt Zelens princip, så kan förtroendet för forskningen och sjukvården minska. Se också *randomisering*.

LITTERATUR: Zelen 1982.

ÅÄÖ

Återupplivning, se hjärt-lungräddning

Äggdonation kan göras från en kvinna till en annan som inte själv kan producera ägg och därmed inte kan få barn. Äggdonation förutsätter IVF-behandling men kan också vara aktuellt för stamcellsproduktion. I Sverige görs äggdonation av altruistiska skäl till kvinnor som inte själva kan producera ägg, på samma sätt som altruistisk organdonation exempelvis av en njure. Vanligtvis är äggdonation enbart aktuellt vid ett tillfälle eftersom ovarierna skadas något och dessutom förutsätts hormonstimulation innan uttag av ägg. I USA kan dock kvinnor som anses ha goda genetiska egenskaper (samt andra egenskaper som att vara långa, ha god fysik och göra topprestationer på high school eller universitet) tjäna flera hundra tusen dollar på att donera sina ägg. Och man har inte reglerat hur många gånger en och samma kvinna kan få donera ägg, med följderna att äggdonatorn själv riskerar att bli barnlös. Se också *organdonation* och *surrogatmödrar*.

Ändamålsförklaringar förklarar medvetna varelsers, i första hand människors, handlingar utifrån deras önsknings- och trosföreställningar. Man utgår från en människas beteende, och frågar vilket mål eller avsikt hon hade med att bete sig som hon gjorde. En förutsättning för att ändamålsförklaringar ska vara tillämpliga är att det handlar om medvetna mål eller avsikter, dvs. sådana som aktören själv känner till. Denna typ av förklaringar är mycket vanliga och används också i vardagslag. Varför tog Per en kopp kaffe? För att han ville pigga upp sig (önskan eller mål) och han trodde att en kaffekopp skulle leda till detta. Varför betackar sig

en viss patient för en rekommenderad behandling? Han kanske trodde att det fanns allvarliga risker för biverkningar och ville undvika att utseta sig för dessa risker.

Ett specifikt mål kan vara förklaringen till ett beteende även om det målet inte uppnåddes. Ändamålsförklaringar förklarar alltså människors handlingar genom att hänvisa till deras **avsedda** verkningar, inte de faktiska verkningarna, eftersom ingen kan garantera att man faktiskt uppnår det man avser att uppnå genom att handla på ett visst sätt. Detta innebär också att personens trosföreställningar inte behöver vara sanna, utan det räcker med att personen tror att de är sanna. Om någon tror att det bästa sättet att bli av med sina höftsmärtor är att fästa en magnet på höften och personen dessutom vill bli av med höftsmärtorna och därför fäster en magnet på höften, så har vi en fullgod ändamålsförklaring till denna handling, trots att trosföreställningen om magneters smärtlindrande förmåga är falsk. Detta gör att många skenbart irrationella handlingar i en mening blir rationella eller begripliga med hjälp av ändamålsförklaringar. Handlingar kan ju bero på ovanliga eller illa underbyggda trosföreställningar om hur saker och ting är beskaffade.

För att det ska handla om ändamålsförklaringar brukar man normalt anse att personen som är föremål för förklaringen kan bedöma olika handlingsalternativ och sedan väljer det alternativ som hon tror bäst leder till målet, eller åtminstone inte sämre än något annat för personen känt alternativ. I den meningen blir alltså handlingen rationell utifrån personens egna föreställningar och önskemål. Detta innebär att enbart varelser som kan fatta *beslut* kan

vara föremål för ändamålsförklaringar. Vidare förutsätter det en ganska hög grad av medvetande, exempelvis att man kan tänka sig alternativa tillstånd som inte aktualiseras.

Idéhistoriskt har man tänkt sig att även företeelser utan eget medvetande beter sig efter en inneboende plan, s.k. teleologiska förklaringsmodeller. Exempelvis byggde *Aristoteles* världsbild mycket på sådana modeller och även hos *Galenos* finner vi sådana tankar som var inspirerade av Aristoteles. Den vetenskapliga revolutionen handlar i stor utsträckning om att man lämnat denna typ av förklaringsmodeller till förmån för *orsaksförklaringar*, som inte antar några inneboende ändamål hos icke-medvetna företeelser, utan enbart mekaniska kedjor av orsak och verkan. Det är emellertid svårt att frigöra sig från föreställningen att system som beter sig självuppehållande inte också har inneboende ändamål. Darwinismen kan sägas försöka lösa det genom vad som kallas *funktionella förklaringar*.

För att det ska röra sig om orsaksförklaringar måste vidare trosföreställningen och önsknigen verkligen vara det som förorsakar handlingen. Det räcker inte med att ha trosföreställningar och önsknings. Anta exempelvis att Per vill döda Pål och tror att han kan uppnå det genom att skjuta honom. När Per ska till att göra detta blir han dock så nervös att han därför kramar avtryckaren hårt och därför skjuter Pål. Då är det inte ändamålet direkt som förorsakar handlingen, utan nervositeten, vilket gör beteendet till föremål för en orsaksförklaring snarare än en ändamålsförklaring.

En viktig skillnad mellan ändamålsförklaringar och orsaksförklaringar är att det saknas universella lagar i ändamålsförklaringar. Det är inte alltid så att när man vill något (mer än något annat) och tror att en viss handling är det bästa medlet för att uppnå det man vill, så kommer man att utföra handlingen. Det finns alldeles för många omständigheter som kan sätta käppar i hjulet, alltifrån viljesvaghet och *beslutsinkompetens* till yttre hinder. Därför kan inte ändamålsförklaringar ligga till grund för säkra förutsägelser på samma sätt som orsaks-

förklaringar. Ändamålsförklaringar är vidare normativa, till skillnad från orsaksförklaringar, dvs. att en handling som är föremål för en ändamålsförklaring är rationell, förnuftig eller begriplig i ljuset av personens föreställningar och önskemål.

Man kan säga att den moderna psykoanalysens fader, Sigmund *Freud*, utvidgade domänen för ändamålsförklaringar, genom att säga att många skenbara misstag och irrationella handlingar är resultatet av föreställningar och önsknings som finns i personens undermedvetna och som personen själv därmed inte är medveten om. Se också *Freudian slip of the tongue* och *orsaker*.

LITTERATUR: Elster 1990, Porter 1999.

Ödmjukhet är ett typexempel på en kristen dygd som innebär att man inte förhåver sig och avstår från att döma andra. Se *kristen etik*.

Önskeuppfyllelsesteori eller preferentialism är en teori om vad som har egenvärde för individer, dvs. vad som är bra för sin egen skull eller vad som gör livet värt att leva. Enligt önskeuppfyllelsesteorin är det att få som man vill eller att få sina önsknings tillfredsställda som gör ens liv bättre eller sämre. Ju fler av ens önsknings som tillfredsställs, desto bättre (för mig) och ju mer av det man önskar inte ska ske, men som ändå sker, desto sämre (för mig). Vidare brukar man anta att ju starkare önskemålet är som tillfredsställs, desto bättre. Det handlar vidare om sådant som man önskar för sin egen skull, s.k. intrinsikala önskemål. Om någon vill slippa lida och tror att intagandet av en värktablett är det bästa sättet att uppnå detta och därför vill ta en värktablett, så är inte intagandet av värktabletten värdefullt för personen i sig, men det är däremot upphörandet av lidandet. Personen vill ju inte ta värktabletten för sin egen skull utan enbart som medel för det hon vill i slutändan, att sluta lida. Då har intagandet av värktabletten instrumentellt värde.

Tanken är att det värdefulla för oss är att **faktiskt få** våra önskemål tillfredsställda, inte att det är viktigt i sig att vi **känner** oss tillfreds-

ställda eller lyckliga (om det inte är just det vi vill). Om vår högsta önskan är att bli lyckliga så försvinner emellertid den praktiska skillnaden mellan *hedonism* och preferentialism. Önskeuppfyllelsesteoriens anhängare anser dock att om man har välbefinnandet som högsta önskan så finns det stor risk att denna önskan frustreras, ibland kallat hedonismens paradox. Tanken är att lycka bäst uppnås som en bieffekt av att ha andra mål: odla sina relationer, utveckla sina färdigheter och sin personlighet (se också *Mill*). Om detta sedan leder till att välbefinnandet ökar så sammanfaller i praktiken önskeuppfyllelsesteoriens mål med hedonismen. Men en önskans tillfredsställelse innebär inte automatiskt att välbefinnandet ökar. Vi kan önska något, exempelvis att lyckas med en viss utbildning för att få ett yrke, för att finna att när önskan uppfylls så är vi inte lyckligare. Strävan kan ju också kosta mer än målet i termer av upplevt välbefinnande.

Det finns olika versioner av preferentialism. En vanlig version säger att det enbart är tillfredsställandet av självrefererande (self-regarding) önsknings som gör mitt liv bättre. Om du exempelvis ser någon i knipa på tv-nyheter och önskar att det går bra för honom, men aldrig får reda på hur det går, så kan man tycka att det skulle vara märkligt att värdet av ditt liv beror på hur det går för främlingen – även om värdet av hans eget liv givetvis påverkas av hur det går. Samtidigt vill vi ofta att det ska gå bra för våra barn och närstående och är beredda att säga att hur det går för dem påverkar värdet av vårt eget liv. En möjlig lösning är att säga att en önskning är självrefererande om innehållet i önsknings utgörs av en referens till mig själv, exempelvis som i önsknings att ”jag vill att det ska gå väl för mina barn”. Frågan är då om inte också önskemålet om främlings väl och ve kan vara självrefererande, exempelvis som i önsknings att ”jag vill att det går väl för min medmänniska”. Givet en sådan bred tolkning tillåter preferentialismen att också tillfredsställandet eller frustrerandet av altruistiska önsknings gör ens liv bättre eller sämre. Detta kan verka tilltalande, men inte alla önskemål

som gäller andra är välvilliga, vissa är sadistiska, avundsjuka, småsinta eller illvilliga. Att tillfredsställandet av dessa skulle vara värdefulla ter sig mindre tilltalande. För att undvika detta kan man i likhet med ekonomen och filosofen Harsanyi säga att dessa helt enkelt inte räknas. Detta kan dock verka *ad hoc*. Ett annat alternativ är att återgå till idén om att det enbart är självrefererande önskemål som räknas och bara anse att önskemål som direkt berör en själv och ens eget liv är relevanta. Beroende på om man räknar altruistiska önskemål eller inte kommer det att få olika konsekvenser i värden. Om också altruistiska önskemål är av relevans får närståendes åsikter en större vikt.

En annan fråga är hur man ska förhålla sig till forntida eller framtida önskemål som man har. Ett svar på detta är att man enbart ska räkna de önskemål som kan tillfredsställas medan man har dem (*Hare* kallar sådana önskemål för ”now for now”- och ”then for then”- önskemål). En fördel med detta är att det medför att tillfredsställandet av önskemål du inte längre har inte gör ditt liv bättre. Om du som ungdom önskade dö ung men inte längre gör det så blir ditt liv inte bättre om du dör ung, enligt denna uppfattning (se *själv-paternalism*). En nackdel är dock att denna version av önskeuppfyllelsesteori inte ser något självständigt värde i att tillfredsställa människors önskemål när de väl har dött eller blivit senildementa. Detta ses som en fördel för önskeuppfyllelsesteori i förhållande till hedonism. Värdet av att tillfredsställa *livstestamenten* (*advance directive*) blir därmed enbart *instrumentellt*, men inte desto mindre ett värde.

En generell fördel som brukar framhållas med önskeuppfyllelsesteori i motsats till hedonismen är att den kan förklara varför saker vi inte känner till ändå verkar kunna göra våra liv sämre (se *Vad man inte vet gör heller ej förtret*). Om jag blir lurad och manipulerad, men aldrig får reda på det och lever lyckligt ovetande så är det ingen nackdel i sig enligt hedonismen, eftersom den bara lägger vikt vid upplevt välbefinnande. Däremot förklarar önskeuppfyllelsesteori varför det är dåligt för oss. Vi vill inte bli lurade och bedragna, och blir vi ändå det är det dåligt

för oss även om vi aldrig får reda på det, anser många. Har en patient skrivit ett livstestamente där han/hon har donerat sina organ för transplantation och närstående motsätter sig detta och organdonationen inte blir av, så kan man säga att patientens preferenser har frustrerats, även om patienten är avliden.

En annan besläktad fördel är att önskeuppfyllelsesteori är mindre *paternalistisk*. Det är ju enligt teorin dåligt i sig för en individ om det går hennes vilja emot. Därmed får *autonomiprincipen* en fastare förankring enligt önskeuppfyllelsesteori än enligt hedonismen. Huruvida detta verkligen är en fördel är dock kontroversiellt: ”Vad är det för mening med att få som man vill om det inte gör en lyckligare?” kan en hedonist retoriskt fråga. Vidare utesluter inte heller önskeuppfyllelsesteori paternalism, även om den gör den mer svärmotiverad. Om det finns tillräckligt starka skäl att tro att man genom att ta över någons beslutsfattande vid ett tillfälle kan medföra att denne får mer eller starkare önskemål tillfredsställda på sikt, så kan det vara motiverat med paternalism enligt önskeuppfyllelsesteori.

Ett problem med önskeuppfyllelsesteori är att man kan ifrågasätta det värdefulla i att få som man vill, om man har ett desinformerat eller manipulerat viljeliv, exempelvis på grund av drogmisbruk eller psykisk sjukdom. Ett vanligt sätt att åtgärda detta problem bland önskeuppfyllelsesteoretiker har varit att tillgripa olika idealiseringsstrategier, som har det gemensamt att det inte är de önskemål som man faktiskt

har som är värdefulla att tillfredsställa, utan de man skulle ha haft om man vore välinformerad, *rationell* och/eller *autentisk* i någon mening. En sådan form av ideell preferentialism förespråkas av *Rawls*, som menar att det goda livet är ett liv i enlighet med ens rationella livsplan. En livsplan är rationell om den är i överensstämmelse med kunskap om konsekvenserna av ens val och inlevelse i de situationer man kan hamna. Ett särskilt problem för ideella teorier är att man ger upp det som uppfattas som attraktivt med önskeuppfyllelsesteori, nämligen att man ska ta hänsyn till vad folk faktiskt vill. Ideell preferentialism verkar i större utsträckning tillåta paternalism, med hänvisning till att patienter inte rationellt har övervägt sina beslut, inte är fullständigt informerade osv.

Önskeuppfyllelsesteori har kritiserats för att den inte tar hänsyn till det förhållande att människor tenderar att anpassa sig till även svåra livsvillkor och sålunda också anpassar sina önsknings till vad som är rimligt i det aktuella samhället, där det kanske råder stor fattigdom och analfabetism och fungerande hälso- och sjukvård saknas. En typisk önskan kan sålunda vara att få vara frisk och få en måltid om dagen eller minimera sitt lidande. Med andra ord tillåter önskeuppfyllelsesteori att man rättar munnen efter matsäcken och kan därmed få problem med att motivera förbättringar för de sämre ställda om de är nöjda med sin situation. Se vidare *preferensutilitarism*.

LITTERATUR: Brülde 1998, Carlson 1995, Griffin 1986, Tännjö 1998.

REFERENSER

- Adelswärd V, Sachs L. *Framtida skuggor: Samtal om risk, prevention och den genetiska familjen*. Lund: Arkiv förlag, 2002.
- Album D. The prestige of illnesses and medical specialties. *Nord Med.* 1991;106:232–6.
- Ambjörnsson R, Elzinga A. *Tradition och revolution – Huvuddrag i det europeiska tänkandets historia*. Stockholm: Gidlunds, 1981.
- Andrén CG, Göransson U. (Red.) *Etik och genetik. Filosofiska och religiösa perspektiv på genterapi, stamcells forskning och kloning*. Lund: Nordic Academic Press, 2004.
- Anderberg, T. *Suicide: definitions, causes, and values*, Bromley: Chartwell-Bratt, 1989.
- Anderberg T, Persson I. *Abortetik*. Lund: Doxa, 1987.
- Andersen S. *Som dig själv. En indföring i etik*. Århus: Aarhus universitetsforlag, 1993.
- Annas GJ, Grodin MA. *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code*. Oxford: Oxford University Press, 1992.
- Aristotle, *The Nicomachean Ethics*, Ross D. Oxford: Oxford University Press, 1991.
- Arthur J, Shaw W. (Eds.) *Justice and Economic Distribution*. New Jersey: Prentice-Hall, 1991.
- Asplund J. *Munnens socialitet*. Göteborg: Korpen, 2006.
- Bauman Z. *Postmodern etik*. Göteborg: Daidalos, 1996
- Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. New York, Oxford: Oxford University Press, 2001.
- The Belmont report: *Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. National commission for the protection of human subjects of biomedical and behavioural research, 1978.
- Benhabib S. *Autonomi och gemenskap. Kommunikativ etik, feminism och postmodernism*. Göteborg: Daidalos, 1992.
- Bennett R. Antenatal Genetic Testing and the Right to Remain in Ignorance. *Theoretical Medicine and Bioethics* 2001;22: 461 ff.
- Bennett J. *The act itself*. Oxford: Oxford University Press, 1998.
- Bentham J. *An Introduction to the principles of morals and legislation*. Kitchener, Ont: Batoche, 2000 (1781).
- Bergström L. *Grundbok i värdeteori*. Stockholm: Thales, 1997.
- Bergström L. *Döden, livet och verkligheten: essäer*. Stockholm: Thales, 2004.
- Bergström LS, Lynöe N. Enhancing concentration, mood and memory in healthy individuals: an empirical study of attitudes among general practitioners and the general population. *Scand J Pub Health* 2008; 36:532–7.
- Bird K, Sherwin MJ. *American prometheus. The triumph and tragedy of J. Robert Oppenheimer*. New York: Vintage Books, 2006.
- Bischofberger E, Dahlqvist G, Elinder G. *Barnets integritet. Etik i vårdens vardag*. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1991.
- Bischofberger E. *Etik i tandvården*. Stockholm: Förlagshuset Gothia, 1998.
- Bjurwill C. *Fenomenologi*. Lund: Studentlitteratur, 1995.
- Blackburn S. *Ruling Passions: A Theory of Practical Reasoning*. Clarendon Press: New York, 1998.
- Bliss M. *The Discovery of Insulin*. Chicago: The University of Chicago Press, 1982.
- Bloch M. *The Royal Touch*. London: Routledge and K Paul, 1973.
- Blomquist C. *Om konsten att vara läkare*. Stockholm: Zindermans, 1966.

- Blomquist C. *Medicinsk etik*. Stockholm: Natur & Kultur, 1971.
- Blomquist C. Det oetiska i att inte forska. *Nordisk Psykiatrisk Tidskrift* 1975;29:47-59.
- Bojesen LB, Lindhardt J. *Samvittigheden*. København: Berlingske Leksikon Bibliotek, 1979.
- Bok C. *Att Ljuga. Moraliska val i offentligt och enskilt liv*. Stockholm: Rabén & Sjögren, 1980.
- Boorse C. Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science* 1977;44: 542-73.
- Brandberg Y. *Psykosociala aspekter: Att förstå gendiagnostik. I: Gendiagnostik i sjukvården*. Stockholm: Vetenskapsrådet, 2003.
- Brandt RB. *Facts, values, and morality*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
- Brante T. *Den nya psykiatrin: exemplet ADHD*. Ur: Hallerstedt G. (red) *Diagnosens makt*. Göteborg: Daidalos, 2006.
- Brown GC. Value-based medicine: the new paradigm. *Curr Opin Ophthalmol*. 2005; 16:139-40.
- Bremberg S. *Paternalism in general practice – physician's power and patient's autonomy*. Thesis. Lund: Lund University Press 2004.
- Broberg G, Roll-Hansen N. *Eugenics and the Welfare State. Sterilisation in Denmark, Sweden, Norway, and Finland*. Michigan: Michigan State University Press, 1996.
- Broström L. *The substituted judgment standard*. Lund: Lund University, 2007.
- Brülde B. *The Human Good*. Gothenburg: Acta Universitatis Gothoburgensis, 1998.
- Brülde B. *Teorier om livskvalitet*. Lund: Studentlitteratur, 2003.
- Brülde B. *Lycka och lindande: begrepp, metod och förklaring*. Lund: Studentlitteratur, 2007.
- Brülde B, Tengland PA. *Hälsa och sjukdom – en begreppslig utredning*. Lund: Studentlitteratur, 2003.
- Brännmark J. *Morality and the Pursuit of Happiness: A Study in Kantian Ethics*. Lund: Department of Philosophy, Lund University, 2002.
- Buchanan A, et al. *From Chance to Choice – Genetics and Justice*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
- Burger, J. M. Replicating Milgram: Would people still obey today? *American Psychologist* 2009; 64:1-11.
- Burley J, Harris J. (Eds.) *A Companion to Genetics*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 2002.
- Callahan D. Principlism and communitarianism. *J Med Ethics* 2003;29: 287-91.
- Caplan AL, Coelho DH. *The ethics of organ transplants: the current debate*. Amherst, NY: Prometheus Books, 1998.
- Carlberg A. *Kristna perspektiv på genetiken och dess tillämpningar*. I: Andrén CG, Göransson U. (Red.) *Etik och genetik. Filosofiska och religiösa perspektiv på genterapi, stamcellsforskning och kloning*. Lund: Nordic Academic Press, 2004.
- Carlson E. *Consequentialism Reconsidered*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1995.
- Carlsson P, Liss PE. *Vårdens alltför svåra val? Kartläggning av prioriteringsarbete och analys av riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården*. Linköping: Prioriteringscentrum, 2007.
- Chadwick R, et al. (Eds.) *The Right to Know and the Right not to Know*. Aldershot: Ashgate Publishing Company, 1997.
- Chadwick R, et al. (Eds.) *The Ethics of Genetic Screening*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1999.
- Christman J. Constructing the Inner Citadel: Recent Work on the Concept of Autonomy. *Ethics* 1988; 99:109 ff.
- CIOMS *International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects*. Genève: WHO, 2002.
- Clarke A. *Genetic Counselling*. In *Encyclopaedia of Applied Ethics (Vol. 2)*. San Diego: Academic Press, 1998.
- Codex: <http://www.codex.vr.se/oversikter/etik/oredlighet.html>
- Cohen T. *Jokes. Philosophical thoughts on joking matters*. Chicago: The University of Chicago Press, 1999.
- Connor M, Ferguson-Smith M. *Essential Medical Genetics*. Oxford: Blackwell Science Ltd, 1997.
- Collste G. *Inledning till etiken*. Lund: Studentlitteratur, 2002.
- Crisp R. *Genetic therapy and identity*. In Egonsson D. *Exploring practical philosophy: from action to values*, Aldershot: Ashgate, 2001.
- Council of Europe: *Convention of Human Rights and Biomedicine*, Oviedo, 4.IV, 1997.
- Daniels N. Insurability and the HIV Epidemic: Ethical Issues in Underwriting. *The Milbank Quarterly*, 1990; 68:497 ff.
- Daniels N. *Just Health Care*. New York: Cambridge University Press, 2008.
- Danielsson T. *Grallmatik*. Stockholm: Wahlström och Widstrand, 1966.
- Dancy J. *Ethics without principles*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
- Dawson A. Vaccination ethics. I: Ashcroft, Dawson, Draper, McMillan (Eds.) *Principles of Health Care Ethics*, 2: nd edition: John Wiley & Sons, 2007.
- DeGrazia D. *Human identity and bioethics*. New York: Cambridge University Press, 2005.
- D'Elia G. *Kognitiv psykoterapi. Ett samarbetsprojekt med patienten*. Stockholm. Svenska föreningen för psykisk hälsa, 2008.
- Det etiska råd og det dyreetiska råd. *Mand eller mus? Etiske aspekter ved kimæreforskningen*. København, 2007.
- Devolder K, Harris J. The Ambiguity of the Embryo: Ethical Inconsistency in the Human Embryonic Stem Cell Debate. *Metaphilosophy*. 2007; 38 (2-3), 153-169.
- Doris JM. *Lack of Character: Personality and moral behaviour*. New York: Cambridge University Press, 2002.
- Dreyfus HL, Dreyfus SE. *Mind over Machine: the power of human intuition and expertise in the era of the computer*. Oxford: Basil Blackwell 1986.
- Durkheim E. *Selv mordet – en klassiker inden for sociologien*. Oslo: Gyldendal, 1978.
- Dworkin G. *The Theory and Practice of Autonomy*. Cambridge: Cambridge University Press, 1988.
- Dworkin R. *Taking Rights Seriously*. London: Duckworth, 1977.
- Elster J. *Vetenskapliga förklaringar*. Göteborg: Korpen, 1990.
- Ehrenreich B, English D. *Witches, Midwives, and Nurses: A History of Women Healers*. New York: Feminist Press at The City University of New York, 1993.
- Ehrenreich B, English D. *For Her Own Good: Two Centuries of the Experts' Advice to Women*. New York: Anchor Books, 2005.
- Ekblad S, Janson S, Svensson P-G. *Möten I vården. Transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Liber utbildning, 1996.
- Enck P, Benedetti F, Schedlowski M. New insights into the placebo and nocebo responses. *Neuron* 2008;59:195-206.
- Engström I. (Red.) *Tvingad till hjälp. Om tvång, etik, och tillit i barn- och ungdomspsykiatrisk vård*. Lund: Studentlitteratur, 2006.
- Erikson EH. *Den fullbordade livscykeln*. Stockholm: Natur och kultur, 2000 (1987).
- Evans MI, Johnson MP, Quintero RA, Fletcher JC. Ethical issues surrounding multifetal pregnancy reduction and selective termination. *Clin Perinatol*. 1996 Sep; 23(3):437-51.
- Fagerberg H, Bishofberger E, Jacobsson L, Lindmark G. *Medicinsk etik och människosyn*. Stockholm: Liber, 1997.
- Favrholdt D. *Kinesisk filosofi*. Stockholm: Nya Doxa, 1997.
- Feinberg J. Harm to Self, Vol. 3 of *The Moral Limits of the Criminal Law*. New York: Oxford University Press, 1986.
- Fesmire S. John Dewey: *Moral Imagination. Pragmatism in Ethics*. Bloomington: Indiana University Press, 2003.
- Fleck L. *Genesis and development of a scientific fact*. Chicago: University of Chicago Press, 1979.
- Foot P. *The problem of abortion and the doctrine of the double effect*. In *Virtues and vices and other essays in moral philosophy*. Oxford: Oxford University Press, 1978.
- Foot P. Morality as a system of hypothetical imperatives. *Philosophical Review* 1972; 81:305-16.
- Forsman B. *Forskningsetik*. Lund: Studentlitteratur, 1997.
- Frankena WK. *Etik*. Lund: Studentlitteratur, 1991.

- Frankfurt H. Freedom of the Will and the Concept of the Person. *Journal of Philosophy* 1971; 68:829 ff.
- Frey RG, Wellman CH. (Eds) *A companion to applied ethics*. Malden, MA: Blackwell, 2003.
- Friedman M. Autonomy and the Split-Level Self. *Southern Journal of Philosophy*. 1986; 24:19 ff.
- Friedman LS, Richter ED. Relationship between conflicts of interest and research results. *J Gen Intern Med*. 2004; 19:51–6.
- Freud S. *Jokes and their relation to the unconscious*. New York: WW Norton & Company, 1960.
- From F. *Mandevilles bifabel*. Från Blegvad M, Christensen J, From F, Thomassen N. Store tænker i nyt lys. København: Rhodos, 1962.
- Fröberg UH, Gulbrandsen M. *Medicinsk-etiska regler och riktlinjer för hälso- och sjukvårdspersonal*. Stockholm: Institutet för medicinsk rätt AB, 1997.
- Föllesdal D, Wallöe L, Elster J. *Argumentationsteori, språk och vetenskapsfilosofi*. Stockholm: Thales 2001.
- Foucault M. *Vansinnets historia under den klassiska epoken*. Stockholm: Arkiv, 1986
- Garff J. SAK. *Søren Aabye Kierkegaard en biografi*. København: Gads forlag, 2000.
- Gauthier D. *Morals by Agreement*. Oxford: Clarendon Press, 1986.
- Gilligan C. *Med kvinnors röst*. Stockholm: Prisma, 2001.
- Gillon R, Lloyd A. *Principles of health care ethics*. Chichester: John Wiley & Sons, 1994.
- Gillon R. *Philosophical Medical Ethics*. Chichester: John Wiley & Sons, 1991.
- Gillon R. Ethics needs principles – four can encompass the rest – and respect for autonomy should be first among equals. *J Med Ethics* 2003; 29:307–12.
- Ginzburg C. *Ledtrådar. Essäer om konst, förbjuden kunskap och dold historia*. Stockholm: Häften för kritiska studier, 1989.
- Glover J. It Makes no Difference Whether or not I Do it. *Proceedings of the Aristotelian Society* 1975; 49.
- Glover J. *Causing Death and Saving Lives*. London: Penguin Books, 1977.
- Glover J. *Choosing children*. Oxford: Clarendon Press, 2006.
- Gray HH, Poland SC. Medical tourism: crossing borders to access health care. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 2008; 18:193–201.
- Greene JD, Nystrom LE, Engell AD, Darley JM, Cohen JD. The neural bases of cognitive conflict and control in moral judgement. *Neuron* 2004; 44:389–400.
- Greene JD, Sommerville RB, Nystrom LE, Darley JM, Cohen JD. An fMRI investigation of emotional engagement in moral judgement. *Science* 2001; 293:2105–8.
- Greenspan PS. *Practical Guilt: Moral Dilemmas, Emotions, and Social Norms*. Oxford University Press: New York, 1994.
- Gren J. *Applying Utilitarianism: The Problem of Practical Action-guidance*. Gothenburg: Acta Universitatis Gothoburgensis, 2004.
- Griffin J. *Well-being: Its Meaning, Measurement and Moral Importance*. Oxford: Clarendon Paperbacks, 1986.
- Griffin J. *On human rights*. Oxford: Oxford University Press, 2008.
- Gålmark L. (Red.) *Djur och människor – en antologi i djuretik*. Nora: Nya Doxa, 1997.
- Göransson U. (Red.) *Etik och genteknik. Filosofiska och religiösa perspektiv på genterapi, stamcells forskning och kloning*. Lund: Nordic Academic Press, 2004.
- Habermas J. *Diskursetik*. København: Det lille forlag, 2003.
- Hallerstedt G. *Diagnosens makt*. Göteborg: Daidalos, 2006.
- Hansen NE, Heyn J, Karle H. Odysseus syndromet – et kultur medicinsk problem. *Ugeskrift for Læger* 1979; 141:2877–81.
- Hansson MG. Att söka det allmängiltiga – den gemensamma nämnaren för vetenskap och kyrka. *Svensk teologisk kvartalskrift* 1997; 73:49–57.
- Hansson MG. *Integritet*. Stockholm: Carlssons, 2006.
- Hare RM. *Moraliskt tänkande*. Stockholm: Thales, 1994.
- Harper P S. *Practical Genetic Counselling*, Fifth edition. London: Arnold, 2001.
- Harris J. *Clones, Genes, and Immortality: Ethics and the Genetic Revolution*. Oxford: Oxford University Press, 1998.
- Harris J, Keywood K. Ignorance, Information, and Autonomy. *Theoretical Medicine and Bioethics* 2001; 22:415 ff.
- Hart H L A. *The Concept of Law*. Oxford: Clarendon Law Series, 1961.
- Hedberg C. *Riskbruk och missbruk*. Stockholm: Läke-medelsboken, 2006.
- Hedner Zetterholm K. *Judiska förhållningssätt till medicinsk etik*. I Andrén CG, Göransson U. (Red.) *Etik och genteknik. Filosofiska och religiösa perspektiv på genterapi, stamcells forskning och kloning*. Lund: Nordic Academic Press, 2004.
- Hegeler Ingesten. *Kärlekens ABZ*. Stockholm: Rabén & Sjögren, 1962.
- Helgesson G, Lynöe N. Should physicians fake diagnoses to help their patients? *J Med Ethics* 2008; 34:133–6.
- Helgesson G. *Forskningsetik*. Lund: Studentlitteratur, 2006.
- Hermerén G. Nanomedicin utmanar Europas etiker, jurister och toxikologer. *Läkartidningen* 2007; 104:1326–30.
- Hermerén G. *Kunskapens pris*. Stockholm: HSNR, 1986.
- Herlitz G. *Kulturgrammatik*. Uppsala: Konsultförlaget, 1989.
- Hielmcrone H. *Etisk argumentation*. København: Berlingske Forlag, 1975.
- Hippokrates. *Om läkekonsten*. Nora: Nya doxa, 1994.
- Hoeyer K, Olofsson BO, Mjörndal T, Lynöe N. Informed consent and biobanks. *Scand J Public Health* 2004; 32:224–9.
- Helsing B, Hellquist M, Hallengren A. *Bevingat. Från Adam och Eva till oväntat besök*. Stockholm: Bonniers förlag, 2003.
- Holberg L. *Jeppe på berget*. I: Holbergs komedier. Radioteatern Stockholm: Sveriges Radio, 1963.
- Holm P. *Ordspråk och talesätt*. Stockholm: Bonniers, 1994.
- Holm S. *Ethical problems in clinical practice. The ethical reasoning of health care professionals*. Manchester and New York: Manchester University Press, 1997.
- Holm S. What is wrong with compliance? *J Med Ethics* 1993; 19:108–10.
- Holm U. *Det räcker inte att vara snäll*. Stockholm: Natur och Kultur, 2000.
- Holm U. *Empati. Att förstå andra människors känslor*. Stockholm: Natur & Kultur, 1987.
- The Human Radiation Experiments. Final Report of the Advisory Committee on Human Radiation Experiments*. New York: Oxford University Press, 1996.
- Hume D. *A Treatise of Human Nature*. In Selby-Bigge, L A, Nidditch, P H (Eds.), Second edition. Oxford: Oxford University Press, 1978 (1739–1740).
- Hunt. *Secret Agenda: The United States Government, Nazi Scientists, and Project Paperclip, 1945 to 1990*. New York: St.Martin's Press, 1991.
- Hursthouse R. Virtue theory and abortion. *Philosophy and Public Affairs* 1991; 20: 223–246.
- Hursthouse R. *On Virtue Ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
- Husted J. *Autonomy and a Right not to Know*. In Chadwick et al (Eds.) *The Right to Know and the Right not to Know*. Aldershot: Ashgate Publishing Company, 1997.
- Hägerström A. *Moralfilosofins grundläggning*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1987.
- Isen A, Levin PF. Effect of feeling good on helping: cookies and kindness. *Journal of Personality and Social Psychology* 1972; 21:384–8.
- Jaggar M, Young IM. (Ed) *A companion to feminist philosophy*. Malden, Mass.: Blackwell, 1998.
- Jensen AO, Jensen HS. *Medicinsk vetenskapsteori*. København: Christian Ejlers Forlag, 1976.
- Jensen UJ. *Sjukdomsbegrepp i praktiken*. Stockholm: Esselte Studium, 1984.
- Jersild PC. *Medicinska memoarer*. Stockholm: Albert Bonniers förlag, 2006.
- Jersild PC. *Medicinsk etik i fickformat*. http://ki.se/content/1/c4/27/94/medicinsk_etik.pdf

- Jensen C. *Challenger – Et Teknisk Uheld – En Dokumentarisk Fortælling Om Vor Tid*. København: Samleren, 1994.
- Johannisson K. *Medicinens Öga*. Stockholm: Nordstedts, 1990.
- Johannisson K. *Hur skapas en diagnos? I: Från Hallerstedt G. (Red.) Diagnosens makt*. Göteborg: Daidalos, 2006.
- Johansson J. *Mortal Beings. On the Metaphysics and Value of Death*. Stockholm: Acta Universitatis Stockholmiensis, 2005.
- Johansson I, Lynöe N. *Medicine & Philosophy – A Twenty-First Century Introduction*. Frankfurt: Ontos Verlag, 2008.
- Jonas H. *Answarets princip*. Göteborg: Daidalos, 1991.
- Jonsen AR, Toulmin S. *The abuse of casuistry: a history of moral reasoning*. Los Angeles: University of California Press, 1988.
- Joyce, R. *The evolution of morality*. Cambridge, MA: MIT, 2006.
- Judson HF. *The great betrayal. Fraud in Science*. Orlando: Harcourt Inc., 2004.
- Juth N, Radetzki M, Radetzki M. *Genetics and Insurance*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
- Juth N, Francén R, Gren J. Om ojämlikhet. *Tidskrift för politisk filosofi*, 2003;2: 5ff.
- Juth N. *Genetic information: Values and Rights. The morality of presymptomatic Genetic Testing*. Göteborg: Acta Philosophica Gothoburgensia, 2005.
- Juth N. (2006) ”Yttrande angående etik och fosterdiagnostik”, författad på uppdrag av Statens Medicinsk–Etiska Råd (SMER), slutversion: 2006-06-01.
- Juth N, Munthe C. *Screening: ethical issues*. I: Ashcroft, Dawson, Draper, McMillan (Eds) *Principles of Health Care Ethics*, 2: nd edition: John Wiley & Sons, 2007.
- Juth N. *Values, Rights, and GMO – Against Radicalism*. I: Launis, Räikkä. *Genetic Democracy*. Springer, 2007.
- Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor–patient relationship. *Int J Surgery* 2007; 5:57–65.
- Kagan S. *The Limits of Morality*. New York: Oxford University Press Inc, 1989.
- Kagan S. *Normative Ethics*. Oxford: Westview Press, 1998.
- Kane R. (Ed.) *The Oxford handbook of free will*. New York: Oxford Univ. Press, 2002.
- Kamm FM. *Intricate ethics: rights, responsibilities, and permissible harm*. New York: Oxford University Press, 2007.
- Kant I. *Kritik av det praktiska förnuftet*. Stockholm: Thales, 2004 (1788).
- Kant I. *Grundläggning av sedernas metafysik*. Göteborg: Daidalos, 1997 (1785).
- Katz J. *Experimentation with human beings*. New York: Russel Sage Foundation, 1973.
- Kemp P. *Levinas – en introduktion*. Göteborg: Daidalos, 1992.
- Kemp P. *Det oersättliga. En teknologietik*. Stockholm: Symposium, 1991.
- Kihlbom U. *Ethical Particularism: An essay on moral reasons*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 2002
- Kjellström R. Senilicide and Invalidicide among Eskimos. *Folk* 1974/75;16–17:117–24.
- Kjellström R. *Eskimåiska barnamord*. Särtryck ur: Sista Lasset in. Studier tillägnade Albert Skeröd. 9 maj 1974: 299–319.
- Kohlberg L. *Essay on Moral Development*. San Francisco: Harper & Row, 1981.
- Kragh JV. *Det hvide snit. Psykokirurgi og dansk psykiatri 1922–1983*. Dissertation. København: Københavns Universitet, 2007
- Kragh H, Pedersen SA. *Naturvidenskabsteori*. København: Nyt Nordisk Forlag, 1981.
- Krasse B. The Vipeholm Dental Caries Study: Recollection and Reflections 50 Years Later. *J Dent Res* 2001;80:1785–8.
- Kristofferson U, Wahlström J, Lynöe N. Nya rön om fragil X-syndromet komplicerar genetisk vägledning. *Läkartidningen* 2005;102:3232–6.
- Kuhn TS. *De vetenskapliga revolutioners struktur*. Lund: Doxa, 1979.
- Kuhse H. *Kvinnor, sjuksköterskor och etik*. Stockholm: Thales, 1999.
- Kübler-Ross E. *On death and dying*. London: Routledge, 1973.
- Kymlicka W. *Contemporary Political Philosophy*. New York: Oxford University Press, 1990.
- Kvale S. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur, 1997.
- Kåver A. *KBT i utveckling. En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och kultur, 2006.
- Lagercrantz H. *När livet börjar: om fostret, förlossningen och den första tiden efter födelsen*. Stockholm: Natur och kultur, 1998.
- Larsen J-H. *Besværlige patienter*. København: Borgen, 1981.
- Larsson R. *Politiska ideologier i vår tid*. Lund: Studentlitteratur, 1997.
- Laurie G T. *Genetic Privacy: A Challenge to Medico-Legal Norms*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.
- Lehrer K. *Theory of knowledge*. Boulder: Westview Press, 2000
- Lehrer J. *How we decide*. Boston/New York: Houghton, Mifflin, Harcourt, 2009.
- Levinas E. *Tiden och den andra*. Stockholm: Brutus Östlings förlag, 1992.
- Liedman SE. *Att se sig själv i andra. Om solidaritet*. Stockholm: Bonniers, 2000.
- Lindblad A, Löfmark R, Lynöe N. Would physician-assisted suicide jeopardize trust in the medical services? An empirical study of attitudes among the general public in Sweden. *Scand J Public Health*. 2009 Jan 30. [Epub ahead of print]
- Lindhardt J. *Machiavelli. En biografi*. København: Rosinante, 2006.
- Lindley R. *Autonomy*. London: Macmillan Education Ltd, 1986.
- Locke J. I: Laslett P. (Ed.) *Two Treatises of Government*. New York: Cambridge University Press, 1988.
- Lorentzon F. *Fri vilja?* Göteborg: Acta Philosophica Gothoburgensia, 2001
- Lynöe N, Jacobsson L, Lundgren E. Fraud, misconduct or normal science in medical research – an empirical study of demarcation. *J Med Ethics* 1999;25:501–6
- Lynöe N. *Mellan cowboyetik och scoutmoral*. Stockholm: Liber, 1999.
- Lynöe N. *Rasförbättring genom sterilisering?* Stockholm: Förlagshuset Gotha, 2000.
- Lynöe N, Mattsson B. Doctor for patients or doctor for society? Comparative study of GPs’ and psychiatrists’ assessments of clinical practice. *Scand J Prim Health Care* 2004; 22:228–32.
- Lynöe N, Hoeyer K. Quantitative aspects of informed consent: considering the dose response curve when estimating quantity of information. *J Med Ethics* 2005;31:736–8.
- Lynöe N. Legender större än sanningen. *Läkartidningen* 2006;103:1869–70.
- Lynöe N. Axiomet ”primum non nocere” troligen en 1800-talsprodukt. *Läkartidningen* 2006;103:4030–2.
- Lyons D. *Forms and Limits on Utilitarianism*. Oxford: Oxford University Press, 1965.
- Löfmark U. *Stroke with a focus in the elderly: from a gender and socioeconomic perspective*. Doctoral thesis. Umeå: Umeå University Press, 2007.
- Machiavelli N. *Fursten*. Stockholm: Natur och kultur, 1987 (1513).
- MacIntyre AC. *A short history of ethics*. London: Routledge, 1998.
- McCall Smith A. *Damernas detektivbyrå*. Stockholm: Månepocket, 2005.
- MacIntyre A. *Moralfilosofiens historie*. Fredriksberg: Det lille förlag, 1996.
- Mackie JL. *Ethics: inventing right and wrong*. Harmondsworth: Penguin, 1977.
- Mackie JL. *The cement of the universe. A study of Causation*. Oxford: Oxford University Press, 1980.
- Merton RK. *The social theory and social structure*. New York: The Free Press, 1968.
- Miles S. *Oath betrayed – torture, medical complicity and the war on terror*. New York: Random House 2005.
- Miller A. *An introduction to contemporary meta-ethics*. Cambridge: Polity, 2003.
- Miller D. *Social Justice*. Oxford: Clarendon Press, 1976.
- Maddox B. *Rosalind Franklin. The dark lady of DNA*. New York: HarperCollins, 2002.
- Mann J. Health and Human Rights. *BMJ* 1996;312:924–25.

- Marc-Wogau K. *Freuds psykoanalys. Presentation och kritik*. Stockholm: Bonniers, 1967.
- Marc-Wogau K. (Ed.) *Filosofin genom tiderna: Antiken, Medeltiden, Renässansen*. Stockholm: Thales, 1970.
- Milgram, S. Behavioral study of obedience. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1963; 67: 371–8.
- Mill JS. *Om friheten*. Stockholm: Natur och Kultur, 1984 (1859).
- Moore GE. *Principia ethica*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993 (1903).
- Munthe C. *Livets slut i livets början: En studie i abortetik*. Stockholm: Thales, 1993.
- Munthe C. *The Moral Roots of Prenatal Diagnosis: Ethical Aspects of the Early Introduction and Presentation of Prenatal Diagnosis in Sweden*. Gothenburg: Studies in Research Ethics, 1996.
- Munthe C. *Pure Selection: The Ethics of Preimplantation Genetic Diagnosis and Choosing Children Without Abortion*. Gothenburg: Acta Universitatis Gothoburgensis, 1999.
- Nell (O'Neill) O. *Acting on Principle: An Essay on Kantian Ethics*. New York: Colombia University Press, 1975.
- Nilstun N. *Medicin och moral*. En bok om forskningsetik. Lund: Studentlitteratur, 1991.
- Nilstun T, Lundqvist A, Löfmark R. *Etik och ansvar i sjukvården – från sinnelag till situation*. Lund: Studentlitteratur, 2006.
- Nordenfelt L. *Hälsa och värde*. Stockholm: Thales, 1991.
- Nordenfelt L. The varieties of dignity. *Health Care Analysis* 2004; 12:69–81.
- Nordenfelt L. *Rationality and compulsion: applying action theory to psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2007.
- Norman R. *The Moral Philosophers – An introduction to ethics*. Oxford: Oxford University Press, 1998.
- Nozick R. *Anarchy, State and Utopia*. New York: Basic Books, 1974.
- Nussbaum M. *Morality and emotions*. Encyclopaedia of Philosophy. London: Routledge, 1998.
- Nussbaum M. *Känslans skära och tankens inlevelse. Essäer om etik och politik*. Stockholm: Symposium, 1995.
- Næss A. *Empirisk semantik*. Stockholm: Nordstedt och söner, 1970.
- Ohlsson R. *Morals based on needs*. New York: University Press of America Inc, 1995.
- Olsson H, Bache H, Sörensen S. *Humorologi – vetenskapliga perspektiv på humor och skratt*. Stockholm: Liber, 2003.
- Ottosson JO (red). *Patient-läkarrelationen*. Stockholm: Natur och Kultur/SBU, 1999.
- Ottosson JO. *Psykiatrisk etik*. Stockholm: Liber, 2005.
- Ousager J. *Humaniora i prägraduata lägeuddannelse – foreställinger og forventninger*. Ph. D. afhandling. Odense: Det sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet, 2009.
- Owen JP, Stoecklein DR. *Cowboy ethics. What Wall Street Can Learn from the Code of the West*. New York: Stoecklein Publisher, 2005.
- Pahuus M. *Filosofisk antropologi*. København: Berlingske Forlag, 1975.
- Parfit D. *Reasons and Persons*. Oxford: Oxford University Press, 1984.
- Parfit D. *Equality and Priority*. Ratio 1997;10:202 ff.
- Peirce CH. *Pragmatism och kosmologi*. Göteborg: Daidalos, 1990.
- Pekkola-Klinge T. *Emotion och etik*. Roskilde: RUC, 2006.
- Persson I. *The Retreat of Reason: A Dilemma in the Philosophy of Life*. Oxford: Clarendon Press, 2005.
- Petersson B. *Forskning och etiska koder*. Falun: Nya Doxa, 1994.
- Petrovic P. Placebo analgesia and nocebo hyperalgesia – two sides of the same coin? *Pain*. 2008; 136:5–6.
- Porter R. *The greatest benefit to mankind*. London: Fontana Press, 1997.
- Proctor R. *Racial Hygiene. Medicine under the Nazis*. Cambridge: Harvard University Press, 1988.
- Qvarsell R, Torell U. (Red.) *Humanistisk hälsoforskning*. Linköping: Tema hälsa och samhälle, 2000.
- Qvarsell R. *Vårdens idéhistoria*. Stockholm: Carlssons, 1991.
- Rachels J, Rachels S. *The elements of moral philosophy*. New York: McGraw-Hill, 2007.
- Rawls J. *A Theory of Justice*. London: Oxford University Press, 1972.
- Read S. *Att tänka på logik*. Stockholm: Thales, 1999.
- Regan T. *Defending animal rights*. Urbana: University of Illinois Press, 2001.
- Resnik M D. *Choices: An Introduction to Decision Theory*. Minneapolis: Minnesota University Press, 1987.
- Roberts RM. *Serendipity: accidental discoveries in science*. New York: Wiley, 1989.
- Romer D, Gruder L, Lizzadro T. A person-situation approach to altruistic behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986; 35:1001–12.
- Ross WD. *The right and the good*. Oxford: Clarendon Press, 1930.
- Ross LF. *Children in Medical Research. Access versus protection*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- Rossell P. *Medicinsk etik*. København: Gads Forlag, 1979.
- Rossell P. *Det informerede samtykke*. I: Andersen D, Mabeck CE, Riis P. *Medicinsk etik*. København: FADLs Forlag, 1987.
- Rudebeck CE, Lisper L, Lynöe N, Wentzel D. *Varför gör inte patienten som doktorn säger?* Lund: Astra Gruppen, 1995.
- Rudebeck CE. The human language of medicine. Physical expression of empathy added to diagnosis promotes understanding. *Läkartidningen*. 1998;95:4500, 4503–4
- Rück C. *Capsulotomy in anxiety disorders*. Dissertation. Stockholm: Karolinska Institutet, 2006.
- Räikkä J. Freedom and a Right (Not) to Know. *Bioethics* 1998; 12:49 ff.
- Sackett DL. *Evidence-based medicine: how to practice and teach*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.
- Salwén H. *Hume's Law: An Essay on Moral Reasoning*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 2003.
- Sandin P. *The precautionary principle: from theory to practice*. Stockholm: KTH, 2002.
- Sandman L. *A Good Death: On the Value of Death and Dying*. Gothenburg: Acta Universitatis Gothoburgensis, 2001.
- Sass HM. Reichsrundschreiben 1931: pre-Nuremberg German regulations concerning new therapy and human experimentation. *J Med Philos* 1983; 8:99–111.
- Savulescu J. Conscientious objection in medicine. *BMJ*. 2006; 332:294–7.
- Scarre G. *Utilitarianism*. London: Routledge, 1996.
- Schneewind J B. *The Invention of Autonomy: A History of Modern Moral Philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
- Schön D. *The Reflective Practitioner*. How Professionals Think in Action. New York: Basic Books, 1983.
- Sen A, Williams B. (Eds.) *Utilitarianism and Beyond*. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.
- Sharpe VA, Faden AI. *Medical Harm*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
- Shickle D. *The Wilson and Jungner Principles of Screening and Genetic Testing*. I: Chadwick R, et al (Eds.) *The Ethics of Genetic Screening*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1999.
- Shryock RH. *The Development of Modern Medicine*. Wisconsin: The University of Wisconsin Press, 1979.
- Sigrell B. *Narcissism. Ett psykodynamiskt perspektiv*. Stockholm: Natur & Kultur, 1999.
- Singer P. *Praktisk etik*. 2. upplagan. Stockholm: Thales, 1996.
- Skirbekk G, Gilje N. *Filosofins historia*. Uddevalla: Daidalos, 1993.
- Slote M. *Common-sense Morality and Consequentialism*. London: Routledge & Kegan Paul, 1985.
- SMER. *Etik en introduktion*. Omarbetad upplaga. Stockholm: Fritzes, 2008.
- SMER. *Skrivelse om preimplantatorisk genetisk diagnostik*. 2004. <http://www.smer.se/Uploads/Files/27.pdf>

- SMER. *Yttrande om embryonal stamcells forskning*. 2002. <http://www.smer.se/Bazment/202.aspx>
- SMER. *Genetisk screening – om hälsa och ärftlig sjukdomsrisik*. Stockholm: Fritzes, 2002.
- SMER. *Om livets början – en debattskrift*. Stockholm: Fritzes, 2000.
- SMER. *Mänskliga rättigheter i vården*. Stockholm: Fritzes, 1999
- SMER. *Människosyner*. Stockholm: Fritzes, 1994.
- SMER. *Det svårfångade människovärdet*. Stockholm: Fritzes, 1993.
- SMER. *Eutanasi – en debattskrift*. Stockholm: Fritzes, 1992.
- Smith CM. Origin and uses of primum non nocere. *J Clin Pharmacol* 2005; 45:371–7.
- Smith M. *The Moral Problem*. Cambridge: Blackwell Publishers Inc, 1994.
- Sontag S. *Sjukdom som metaphor*. Stockholm: Brombergs, 1989.
- Sorsa R. *Vad tycker du om sjukvården? Befolkningens syn på och erfarenheter av vården*. Stockholm: Stockholms läns landsting, 2000.
- SOU 1989:63 *Värdering av alternativmedicinska teknologier*. Alternativmedicinkommittén. Stockholm: Allmänna Förlaget 1989.
- SOU 1989:74 *Forskningsetisk prövning. Organisation, information och utbildning*. Stockholm: Allmänna förlaget 1989.
- SOU 1995:5 *Vårdens svåra val*. Stockholm: Allmänna förlaget, 1995.
- SOU 2003:09 *Vad är ett psykiskt funktionshinder? Nationell psykiatrisamordning*. Stockholm: Allmänna förlaget, 2003.
- SOU:2004:112 *Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna*. Stockholm: Allmänna förlaget, 2004.
- SOU 2008:117 *Patientssäkerhet. Vad har gjorts? Vad behöver göras?* <http://www.regeringen.se/sb/d/10057/a/117764>
- SOU 2008:127 *Patientens rätt. Några förslag för att stärka patientens ställning*. <http://www.regeringen.se/sb/d/10057/a/117565>
- Sundin K, Jansson L, Norberg A. Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words. *J Clin Nurs* 2000;9:481–8.
- Sundström P. *Sjukvårdens etiska grunder*. Göteborg: Daidalos, 1997.
- Starr P. *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books, 1982.
- Ström J. *Menneske værdier og samfund*. København: Berlingske Forlag, 1975.
- Svenaeus F. *Det medicinska mötets fenomenologi och hermeneutik*. Sjukdomens mening. Stockholm: Natur & Kultur, 2003.
- Svensson J. *Muslimska perspektiv och attityder*. I: Andrén CG, Göransson U. (Red.) *Etik och genteknik*. Filosofiska och religiösa perspektiv på genterapi, stamcells forskning och kloning. Lund: Nordic Academic Press, 2004.
- Söderlind K, Lundberg D, Nilstun T. Elektiv ventilation ger fler organondonatorer. Men medicinska, etiska och juridiska problem måste lösas. *Läkartidningen* 2009;106:510–4.
- Takahashi H, Kato M, Matsuura M, et al. When your gain is may pain and your pain is my gain: Neural correlates of envy and schadenfreude. *Science* 2009;323:937–9.
- Takala T. *Genes, Sense and Sensibility: Philosophical Studies on the Ethics of Modern Biotechnologies*. Helsinki: Reports from the Department of Philosophy, University of Turku, 2000.
- Thielst P. *Man förstår livet baklänges – men måste leva det framlänges*. Historien om Søren Kierkegaard. Stockholm: Rabén & Sjögren, 1994.
- Thomson J J. In defence of abortion. *Philosophy & Public Affairs* 1971; 1:47 ff.
- Thomson J J. *The Realm of Rights*. London: Harvard University Press, 1990.
- Thompson A, Chadwick R. (Eds.) *Genetic Information: Acquisition, Access and Control*. New York: Kluwer Academics/Plenum Publishers, 1999.
- Temkin L S. *Inequality*. New York: Oxford University Press, 1993.
- Tersman F. *Reflective Equilibrium*. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1993.
- Tersman F. *Hur bör du leva? Moralfilosofi från då till nu*. Stockholm: Wahlström & Widstrand, 2004.
- Tost J. (Ed) *Epigenetics*. Cambs UK: Caister Academic Press, 2008.
- Tranöy KE. *Medicinsk etik i vår tid*. Lund: Studentlitteratur, 1994.
- Tännsjö T. *Göra barn*. Borås: Sesam, 1991.
- Tännsjö T. *Värdetik*. Stockholm: Thales, 1998(1).
- Tännsjö T. *Hedonistic Utilitarianism*. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1998.
- Tännsjö T. *Grundbok i normativ etik*. Stockholm: Thales, 2000.
- Tännsjö T. *Du skall understundom dräpa*. Stockholm: Prisma, 2001.
- Tännsjö T. *Tvångsvård: om det fria valets etik i hälso- och sjukvård*. Stockholm: Thales, 2002.
- Tännsjö T. (Ed) *Terminal sedation: euthanasia in disguise?* Dordrecht: Kluwer, 2004.
- Umfjord G. *Internet consultation in medicine*. Thesis. Umeå: Umeå University, 2006.
- UNESCO. *Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights*, Paris, November 11, 1997.
- UNICEF. *Protecting the world's children: impact of the Convention on the Rights of the Child in diverse legal systems*. New York: Cambridge University Press, 2007.
- Wakefield AJ, Murch SH, Anthony A, et al. Ileal-lymphoid-nodular-hyperplasia, non-specific colitis and pervasive developmental disorder in children. *The Lancet* 1998;351:637–41 (Numera tillbakadragen (retracted), men man kan söka fram den på nätet).
- Walzer M. *Spheres of Justice: A Defence of Pluralism and Equality*. Oxford: Blackwell Publishers, 1983.
- Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication*. <http://www.icmje.org/>
- Van Inwagen P. *An essay on free will*. Oxford: Clarendon Press, 1983.
- Van Inwagen P *Metaphysics* (2nd ed). Boulder: Westview Press, 2002.
- Vanggaard T. *Phallos*. København: Gyldendal, 1969.
- Watson J B. *Behaviorismen och dess metoder*. Stockholm: Natur och Kultur, 1929.
- Watson J. *Den dubbla spiralen*. Stockholm: Nordstedt, 1968.
- Welin S. *Från nytta till rättigheter. En politisk-filosofisk odysseé*. Göteborg: Daidalos, 2003.
- Wessel M, Helgesson G, Lynöe N. Experiencing bad treatment: Qualitative study of patient complaints concerning their reception by public health care in the County of Stockholm. *Clinical Ethics* 2009; forthcoming.
- Weber M. *The methodology of the social sciences*. Glencoe: Free Press 1949 (1904).
- Westberg K. *Informed consent and clinical training of medical students. Empirical studies of the effect of informing outpatients in advance*. Thesis. Umeå: Umeå University Press, 2005.
- Westrin C-G, Nilstun T. (Red.) *Att få hjälp att dö – synsätt, erfarenheter, kritiska frågor*. Lund: Studentlitteratur, 2005.
- WHO. *Proposed International Guidelines on Ethical Issues in Medical Genetics and the Provision of Genetic Services*, Geneva, 15–16 December, 1997.
- Wold A, Wennerås C. Nepotism and sexism in peer review. *Nature* 1997; 387: 341–3.
- Wilkinson S. *Bodies For Sale. Ethics and Exploitation in the Human Body Trade*. London: Routledge, 2003.
- Wormnes B. et al. *Hypnos i teori, metodik och terapi*. Stockholm: Mareld, 2000.
- Williams B. *Persons, Character and Morality, Moral Luck*. Cambridge: Cambridge University Press, 1981.
- Wolff J. *Robert Nozick: Property, Justice and the Minimal State*. Cambridge: Polity Press, 1991.
- Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. *Medicinsk Filosofi*. København: Munksgaard, 1990.
- Wulff HR. *Den sameritanske pligt*. København: Munksgaard, 1995.
- Young I M. *Justice and the Politics of Difference*. Princeton: Princeton University Press, 1990.
- Zelen M. Strategy and alternate randomized designs in cancer clinical trials. *Cancer Treat Rep*. 1982; 66:1095–100.
- Zucker MB, Zucker HD. (Eds.) *Medical Futility and the evaluation of life-sustaining interventions*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
- Österberg J. *Self and others: a study of ethical egoism*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1988.

