
Filosofin klarlägger medicinens värdegrunder

VEIKKO LAUNIS

Den medicinska etikens mål är att säkerställa att läkare, forskare och andra yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården godkänner kravet på respekt för människovärdet och de därav följande etiska principerna och förpliktelserna som grund för sin verksamhet. Filosofisk diskussion kan förtydliga och förstärka värdegrunden för läkarens arbete och den medicinska forskningen. Resultatet av den värdefilosofiska diskussionen är inte bara etiska anvisningar och rekommendationer, utan också fungerande och förtroendeingivande praxis som vilar på en stark gemensam grund och som kan utvecklas och utvärderas.

SKRIBENTEN

Veikko Launis är professor i etik och docent i samhällsfilosofi samt professor i medicinsk etik vid Åbo universitet. Han har varit medlem i Nordiska kommittén för bioetik och är vice ordförande för Finlands Läkarförbunds etiska kommitté samt medlem i ETENE.

Etiken har från första början (redan på Hipokrates tid) spelat en viktig roll inom läkarprofessionen, och den etiska regleringen av medicinsk forskning är inte heller någon särskilt ny sak. Redan 1964 godkände Världsläkarförbundet *Helsingforsdeklarationen* som grundar sig på Nürnbergkoden (1949). Deklarationens etiska principer om medicinsk forskning på människor är allmänt kända. Boken *Läkaretik*, som ges ut av Finlands Läkarförbund, ger handledning och anvisningar både för nybörjare och för längre hunna kliniker och den har redan kommit ut i sin sjunde upplaga. Det tycks alltså inte finnas något nyhetens behag inom den medicinska etiken.

Detta är dock fråga om en synvilla. Den samhälleliga utvecklingen medför faktorer som sätter läkarnas och forskarnas etik och dynamiska interaktion på hårda prov. Till dessa faktorer hör den tilltagande medikaliseringsen, alltså att göra fenomen och skillnader som hör till det normala livet till medicinska angelägenheter, samt motsatsen till medikaliseringsen, alltså att (i en anda av förnekande) normalisera tillstånd som kräver intervention. Andra faktorer är förändringar i befolkningsstrukturen, mångkulturalism och värdeplura-

lism, instrumentalisering av människovärdet samt medborgarnas ökande och allt mer omfattande hälsobehov och hälsoförväntningar.

På samma gång som utvecklingen av den medicinska tekniken har möjliggjort mycket som tidigare var omöjligt (tänk bara på sekvensering av genomet eller de nya biologiska cancerläkemedlen), har den kraftigt ökat kostnaderna inom hälso- och sjukvården. Vården måste därför målmedvetet utvecklas i en riktning som är förenlig med människovärdet genom att vi frågar oss i vilken mån den nya tekniken förbättrar kvaliteten och effektiviteten i vården och i vilken mån de nya behandlingsmöjligheter och de hälsofördelar som tekniken ger ska konkurrera om den offentliga hälso- och sjukvårdens resurser. Frågor om värdemål – i synnerhet frågor om människovärdet – är till sin natur alltid också filosofiska.

Begränsade resurser och nya arbetsätt

Sett ur ett socialt rättviseperspektiv kan strävan efter hälsofördelar med hjälp av ny teknik te sig frustrerande. Det verkar som om något slags inre spänning eller motstridighet skulle vara en strukturell egenskap hos hälso- och sjukvården. Man kunde rentav tala om en *vårdparadox*. Paradoxen kommer sig av kravet på att utbudet av hälsotjänster på samma gång ska vara så omfattande, heltäckande och högkvalitativt som möjligt. Omfattande betyder att vård med samma innehåll står till buds för alla eller åtminstone största delen av dem som behöver den (till exempel för alla patienter inom en sjukdomsgrupp). Heltäckande betyder att behandling erbjuds för de flesta sjukdomar och hälsoproblem.

Kvalitet innebär att den behandling som ges är verkningsfull och individanpassad på ett människonära sätt och att den baserar sig på den senaste forskningen.

Eftersom hälso- och sjukvårdens resurser är begränsade innebär stöd för en av dimensionerna vanligen att de två andra försvagas. Om till exempel en ny effektiv och dyr behandlingsmetod eller ett nytt effektivt och dyrt läkemedel utvecklas och tas i bruk kan det leda till att behandlingens omfattning minskar (alla får inte behandlingen eller läkemedlet). Om å andra sidan behandlingens omfattning säkerställs, kan man vara tvungen att pruta på dess kvalitet (till exempel genom att ersätta en del av vårdpersonalen med omsorgsrobotar) eller genom att vissa sjukdomar och hälsoproblem stryks från listan över vad som ska behandlas. I ljuset av respekten för människovärdet bör man ändå kunna producera så mycket som möjligt för så många som möjligt med så hög kvalitet som möjligt, och utan att någon diskrimineras eller instrumentaliserats.

På samma gång omringas det medicinska forskarsamhället av internationaliseringen, den informationstekniska utvecklingen, kunskapens explosionsartade tillväxt och den hårdnande ekonomiska konkurrensen, som sammantaget också förändrar sättet att bedriva forskning. Vetenskapens interna handlingsätt och spelregler söker sin form, vilket ses bland annat i konflikter kring produktion, publicering och ägarskap av information samt i problem med att forskningens olika delområden kommersialiseras (1).

Oklarhet kring vetenskapens handlingsätt och spelregler leder lätt till ökade meningssmotsättningar och etiska problem. Det är till exempel en utmanande och utdragen process att lösa öppna etiska problem som försvårar samarbetet mellan medicinare (både kliniker och forskare) och näringsliv samt att hitta kompatibla handlingsätt (2).

Förtroende som grund för forskning och vård

Uppskattningen för vetenskapen ligger på en hög nivå i Finland. Enligt enkäten Vetenskapsbarometern 2016 är finländarna nästan lika intresserade av vetenskap som av underhållningsmusik eller idrott, och vi litar bara på polisen och försvarsmakten mer än på vetenskapen. Medicinen upplevs som det mest intressanta området. Största delen av de som svarade på enkäten ansåg att forskarsamhället verkar på ett moraliskt ansvarsfullt sätt (3).

Filosofen Onora O'Neill har påpekat att förtroendet för vetenskapen och för kliniska aktörer inte är lika blint som tidigare, utan att det grundar sig på en känsla av kontroll och på en riktig uppfattning om verksamhetens natur (4). På senare tid har man också lyft fram vikten av större öppenhet i vetenskapen och betydelsen av att få medborgarna delaktiga i beslutsfattandet angående medicinen. Uttryckt på ett mer filosofiskt sätt är det fråga om att utsträcka kravet på demokrati till hälso- och sjukvården och till den vetenskapliga forskningen. Stärkt demokrati betyder att öka medborgarnas tillgång till information och förbättra deras möjligheter att delta i och påverka beslutsfattandet kring etiska riktlinjer för hälso- och sjukvård och vetenskaplig forskning. Exempel på sådana projekt är medborgarinitiativ och medborgarråd som främjar deliberativ demokrati, samt frågestunder om lagstiftningsprojekt (exempelvis lagen om genom som är under beredning) (5, 6).

Kravet på demokrati bör inte tolkas så att den medicinska etiken måste utvecklas så att den slaviskt – eller ens indirekt – följer de samhälleliga förändringsprocesserna. Det är inte heller fråga om att underkasta sig majoritetens åsikt (tänk till exempel på medborgarinitiativet om eutanasi och det breda stöd som eutanasi har fått i Finland). Enligt en ofta citerad definition av filosofen Samuel Gorovitz är medicinsk etik uttryckligen att kritiskt granska beslutsfattandets moraliska dimensioner (7). En kritisk inställning innebär att utifrån en universell uppfattning om människovärdet filosofiskt bedöma och ifrågasätta de fenomen och föreställningar som verkar i bakgrunden inom medicinen och vården. Många av dessa fenomen och föreställningar har att göra med begrepp inom hälsa och sjukdom.

Filosofin som kritik av vardagligt hälsotänkande

Filosofen Lawrie Reznek har träffande påpekat att filosofin inte kan bota sjukdomar men att den kan öka vår förståelse för sjukdom (8). Ett exempel på ett fenomen som är i behov av djupare förståelse är vaccinationsmotståndet, som tidvis hotar också finländarnas hälsa och välbefinnande (9).

Etiska frågor i samband med vaccinationsmotstånd kan indelas i tre grupper: att förstå orsakerna till vaccinationsmotståndet, att påverka vaccinationsmotståndet och att ta

Förvrängning	Beskrivning	Korrigerande åtgärd
Förvrängning vid riskbedömning	Irrationell tendens att bedöma risker som absoluta storheter samt realiserade (på förhand godkända) risker som värre än icke realiserade	Klargöra och motivera begreppet relativ risk som grunder sig på jämförelse mellan nytta och skada, kritik av efterklokhet
Status quo bias	Irrationell önskan att hålla sig kvar i den rådande situationen	Visa att den rådande situationen inte är etiskt hållbar eller inte är bestående
Omission bias	Irrationell tendens att bedöma underlåtenhet att handla som ett etiskt ansvarsfullt eller neutralt val	Åskådliggöra de negativa följderna av att inte handla, tvinga att ta etiskt ansvar
Framing bias	Irrationell tendens att ta intryck av hur någon möjlig handlingsmodell eller något alternativ beskrivs utan att beakta sakinnehållet	Undvika beskrivningar som ensidigt för fram negativa sidor med en handlingsmodell eller ett alternativ och ersätta dem med neutrala beskrivningar

Figur 1. Förvrängningar i vardagligt tänkande.

upp frågor kring vaccinationsmotståndets moraliska acceptans. De två förstnämnda frågorna har redan en tid varit föremål för livlig diskussion. Förståelsen för vilka faktorer som kan öka eller minska vaccinationsmotståndet har blivit betydligt större de senaste åren. Filosofer och medicinare är numera medvetna om de tankeförvrängningar, den moraliska oro och de övertygelsebaserade faktorer som orsakar eller förstärker en negativ inställning till vaccination. Vi förstår också bättre än tidigare varför vaccination ofta ger upphov till starkare känsloreaktioner än annan läkemedelsbehandling och hälso- och sjukvård.

Den första faktorn som särskiljer vetenskapligt och vardagligt tankesätt och som påverkar vaccinationsmotståndet gäller bedömning och godtagande av hälsorisker. Inom vetenskapen och vården är begreppet relativ risk utgångspunkten för att jämföra vaccineras för- och nackdelar. Det innebär att sporadiska biverkningar av vaccinationer inte är ett absolut hinder för att godkänna vaccinationerna. Kravet på nolltolerans för biverkningar, som utgår från begreppet absolut risk, tillämpas inte på läkemedel eller vacciner, utan man godtar biverkningar utgående från evidensbaserad jämförelse mellan nytta och skada. I vardagligt tankesätt är begreppet absolut risk i typiska fall grunden för att upptäcka och bedöma risker. Man kräver fullständig riskfrihet av vacciner och man kan inte ställa skadan i relation till nyttan. Samtidigt reagerar man på realiserade risker med skuldbeläggning.

Vid sidan av riskbedömning som utgår från skuldbeläggande efterklokhet försvåras förnuftsbaserad diskussion om vacciner av tre

andra djupt rotade kognitiva förvrängningar. I den engelskspråkiga litteraturen används termerna status quo bias, omission bias och framing bias. Status quo bias innebär att ogrundat hålla fast vid den rådande situationen – eller mer exakt en felaktig preferens för det alternativ som lämnar situationen oförändrad. Människor kan vara ovilliga att anpassa sig till de förändringar som medicinen möjliggör, också om de ur vetenskapens och effektivitetens perspektiv förbättrar levnadsförhållanden och främjar hälsa. Vi tenderar att låta saker vara som de är också när det är möjligt att förbättra dem (Tabell I).

Det kan också vara fråga om omission bias. Omission bias innebär nämligen att någon icke-önskvärd omständighet bedöms vara sämre när den är följd av aktiv handling (till exempel att vaccinera ett barn) än när den är följd av att underlåta att handla (föräldrarna beslutar att inte vaccinera). Föreställningen att det är etiskt oproblemiskt att låta bli att göra något (eller mindre problemiskt än att göra något) är irrationell när det gäller vaccinationsbeslut.

Det tredje och sista felaktiga tankesättet är framing bias, som fungerar på följande sätt: Låt oss anta att föräldrar som fattar vaccinationsbeslut får information om vaccinationsbiverkningar antingen på sätt 1 "runtom i världen vaccineras årligen hundratals miljoner barn, och hos mer än 99,999 procent av dem förekommer inga allvarliga biverkningar av vacciner" eller på sätt 2 "varje år lider flera hundra barn runtom i världen av allvarliga biverkningar av vacciner, medan antalet vaccinerade barn är hundratals miljoner".

Formuleringarna 1 och 2 innehåller statistiskt helt identisk information, men föräldrar som har läst formulering 2 (som används av vaccinationskritiker) förhåller sig mer negativt till vaccinering än de som har bekantat sig med formulering 1, vilket är irrationellt.

Av de ovan ställda frågorna har den tredje nästan blivit styvmoderligt behandlad i den vaccinationsetiska debatten. Det är inte särskilt förvånande, eftersom frågan om värdegrunden och det moraliska berättigandet för interventioner som beskyddar (eller främjar) befolkningens hälsa och välbefinnande hör till de mest besvärliga vårdetiska frågorna. Frågan om moraliskt berättigande är mångfasetterad och teoretiskt kontroversiell, och det är inte lätt att precisera enskilda synpunkter som ger frågan legitimitet. Eftersom legitimerande värdesynpunkter i sista hand springer ur den moralfilosofiska tanketraditionen (till exempel utilitarismen som betonar nyttoaspekter och liberalismen som betonar individens frihet), kan den filosofiska diskussionen lyckas med att sprida ytterligare ljus också över denna etiska fråga (10).

Till sist: människovärdet är grunden för allt

Genom att undersöka de principiella frågor som ligger bakom hälso- och sjukvården och det samhälleliga beslutsfattandet inom vården fungerar filosofin både som ett moraliskt (och begreppsmässigt) verktyg för att utveckla medicinen och som en omutbar kritisk bedömare – i synnerhet när det gäller att uppfylla kravet på att respektera människovärdet.

De möjligheter att åstadkomma hälsofördelar och att utveckla nya behandlingar som den nya hälсотekniken för med sig får inte leda till att humaniteten och människovärdet åsidosätts. Enligt den riksomfattande etiska delegationen för social- och hälsovården (ETENE) är människovärdet ”kärnpunkten för all vård och utgör dess grund och ändamål. Vårdsystemen, vårdtraditionerna och vårdfilosofierna har uppkommit för att människan har

setts som så värdefull att man inte har velat lämna henne ensam utsatt för sina sjukdomar och lidanden. Det måste man komma ihåg i alla situationer. Också om vården skickligt använder den bästa diagnostiken och mycket invecklade och avancerade behandlingstekniker, räcker det inte om inte människopersonen blir sedd, skyddad och respekterad” (11).

Enligt den danska filosofen Harald Høffding, som var verksam på 1800-talet, bör moraliska omdömen ”innefatta personlig sanning och praktisk betydelse” och de bör härledas ur ”en levande känsla och instinkt som inte ger oss frid förrän vi kan uttrycka oss”. Høffding konstaterar att när vi framför moraliska omdömen ”blottlägger vi vår egen personlighet; de bör alltså härledas ur hela vår natur och inte bara så att vi söker orsaker och motorsaker” (12). Det är det som medicinsk etik och filosofi i sista hand handlar om.

Veikko Launis
vlaunis@utu.fi

Referenser

1. Forskningsetiska delegationen: Tieteellisten julkaisujen teki- jyydestä sopiminen. Finns digitalt på adressen <http://www.tenk.fi/fi/tenkin-ohjeistot>
2. Santti, R, Heikkinen, E (toim.). Keskusteluja tiedepolitiikasta iltapäivällä. Kirja-Aurora, Åbo 2007.
3. Vetenskapsbarometern 2016. Tutkimus suomalaisten suhtautumisesta tieteseen ja tieteellis-tekniseen kehitykseen. Tieteen tiedotus ry 2016.
4. O'Neill, Onora: *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge University Press, Cambridge 2002.
5. Launis, V, Räikkä, J (toim.): *Genetic Democracy. Philosophical Perspectives*. Springer 2008.
6. Robotteja hoivaan? Raportti vanhojen ihmisten hoivarobotiikan hyväksyttävyyttä pohtineesta kansalaisraadista. Forskningskonsortiet Rose och Institutet för bioetik 2017. Finns digitalt på adressen <http://www.bioetiikka.fi/?p=1370>
7. Gorovitz, S. Bioethics and Social Responsibility. *The Monist* 1977;60:5–15.
8. Resnek, L. *The Nature of Disease*. Routledge & Kegan Paul, London 1987.
9. Launis, V. ”Tieto vai ’mutu’ rokotuspäätöksen pohjana?” *Duodecim* 2013;129:2413–19.
10. Launis, V. *Ihmisarvo: moraalifilosofinen tutkielma*. Vastapaino, Tammerfors (utkommer 2018).
11. Riksomfattande etiska delegationen för social- och hälsovården: *Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa*. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2001:1. Social- och hälsovårdsministeriet och ETENE, Helsingfors 2001.
12. Høffding, H. *Etiikka. Eetilliset periaatteet ja niiden soveltaminen tärkeimpiin elämänsuhteisiin*. Finsk översättning J. Hollo. WSOY, Borgå 1920.

Summary

Philosophy clarifies the value of clinical medicine and medical research

Medical ethics attempts to ensure that doctors, researchers, and other health care professionals accept the demands of respect for human dignity and the ethical principles and obligations following from it as a starting point for their practices. Philosophical discussion clarifies and strengthens the value basis of clinical medicine and medical research. In addition to new ethical instructions and recommendations, philosophy contributes to the creation of sustainable and trustworthy practices that have a common value basis and that can be developed and evaluated.