

”En människa är inte klok enbart i kraft av sitt vetande utan för att hon också är i stånd att förverkliga detta vetande i praktiken”

Aristoteles, Den Nikomachiska Etiken

Vad är etisk kompetens i hälso och sjukvård?

Sara Degerman Carlsson

Frågeställning

Etik i praktiken

Om etik och kompetens

Kort om etik- olika perspektiv

Vad är kompetens?

Vårdens kontext

Vårdens värden

Att förverkliga vårdens värden

Vad är etisk kompetens i hälso och sjukvården?

Att se

Att förstå

Att handla

Slutsatser

Referenser

Appendix

Frågeställning

Att ställa sig frågan vad är det rätta är enligt många mening det som tydligast skiljer människan från djuren. Att reflektera och ta ansvar över vilka alternativa handlingar som leder till det goda, inte enbart i ett egoistiskt utan också i ett altruistiskt, oegennyttigt perspektiv med omsorg om min medmänniska och med en vilja att förverkliga högre värden och mål, kanske är det egentliga fullgörandet av vad det innebär att vara människa.

Sjukdom och lidande har en historia som är en del av livets existens. Någonstans i medlidandet och omsorgen om varandra har vårdandets konst vuxit fram ur det mellanmänskliga mötet. Ingen annan av vår planets livsformer har utvecklat ett sådant system för att ta hand om sjuka, svaga och lidande som människan gjort. Sjukvården idag kan utifrån detta perspektiv ses som ett gigantiskt moraliskt projekt.

Alla människor möter etiska konflikter och gör val, mer eller mindre medvetet. I varje mänskligt möte har vi möjlighet att handla på olika sätt. Att inte välja är också ett val. I min utbildning och mitt yrkesutövande som specialistläkare i rehabiliteringsmedicin har jag ofta tvingats fundera över svåra ställningstagande i mötet med sjuka och skadade människor. Jag har mer tid och får del av fler medicinska fakta än mina kollegor på akutavdelningen och mitt arbetssätt i team med tillgång till en tvärprofessionell problemlösning och målformulering gör att de svåra frågorna kanske är mer levande men det betyder inte att svaren är enkla.

Vården står idag inför stora utmaningar. Den medicinska naturvetenskapen har gett oss fantastiska redskap i kampen mot lidande och sjukdom. Vi lever allt längre och blir allt fler men våra resurser är inte oändliga utan vi måste prioritera. Då blir frågan inte vad kan vi göra utan vad bör vi göra av allt det vi kan? Denna fråga gäller inte enbart för de stora politiska och ekonomiska prioriteringarna eller de medicinska besluten utan också i det nära enskilda patientmötet som utgör vardagen för alla oss som arbetar i hälso och sjukvården.

Utifrån min personliga dialog med patienter och yrkesverksamma i vården innefattande såväl städskor, service och teknikpersonal som mer traditionella vårdare i form av läkare, sjuk- och undersköterskor har mitt intresse väckts för etik och värderingsfrågor (1).

Vad är det rätta? Hur kommer vi fram till det rätta? Vad behövs för förutsättningar, för kompetens för att göra det rätta? Vad beror av yttre förutsättningar och vad har individen för betydelse och möjlighet? Är att göra det rätta en specifik form av förmåga och kan den isåfall tränas och erhållas?

Av alla dessa frågor vill jag här börja med att fundera över begreppet etisk kompetens i vårdens kontext. Jag vill försöka ha fokus på begreppets användbarhet i vardagens verklighet. Vad är etik och vad är kompetens? Vilka värden vill vi förverkliga i vården? Vilka frågeställningar finns i vården som denna kompetens ska hjälpa oss med? Vilka moment kan en etisk kompetens innehålla och hur kan dessa delar beskrivas och förstås?

Etik i praktiken

Jag vill börja med fyra berättelser ur min verklighet som alla berör olika aspekter av de etiska frågeställningarna.

Våren 1999 möter jag Erik. Han är 20 år och har hela livet framför sig. Två månader före vi möts åker han skidor offpist i Alperna. Han, liksom många ungdomar idag, har tagit ett år ledigt för att resa och ha roligt. Han väljer att åka till Österrike, arbeta som skidlärare och göra det han tycker allra mest om, åka utför. I januari hamnar han under en lavin. Hans svenske kamrat som klarar sig larmar, och efter en timme grävs Erik upp. Hjärtat har stannat. Han återupplivas, svårt nedkyld. Kanske är det på grund av kylan man får hans hjärta att slå. Efter en tid kommer han till det stora sjukhuset och läggs på neurologavdelning där jag är placerad några månader.

När vi träffas första gången tänker jag omedelbart på en annan ung man. Nils som är ett par år yngre, också med hela livet framför sig, blir vid ett dyk kvar på havets botten. När han kommer upp till ytan har även hans hjärta slutat slå. Också han återupplivas, kanske lyckas även detta på grund av att även han är nedkyld. Vi möts efter två månader när han blir min patient på rehabiliteringskliniken. Båda männen har grava hjärnskador orsakade av syrebrist. Detta innebär att de inte kan kommunicera med omgivningen, inte svälja, inte röra sig annat än reflexmässigt och utvecklar svår generell tonusökning i muskulaturen med felställningar i lederna. De har öppna ögon men det är osäkert om de ser eller är blinda. Vi vet inte om de hör eller förstår vad vi säger. Deras tillstånd ställer frågan om vad en människa är på sin spets. Det blir tydligt en dag vid rondan. Jag står ett steg bakom överläkaren på neurologen. Diskussionen gäller primitiva reflexer. I sängen ligger Erik som fäster blicken på mig.

”Han följer med blicken”, säger sjuksköterskan och tar honom i handen.

”Det är en reflex” säger experten.

”Ja, han är på ett djurs nivå” svarar avdelningsläkaren.

Hela mitt inre knyter sig i protest. Jag märker att sjuksköterskan och sjukgymnasten stelnar till och det blir konstigt tyst. Förstår Erik vad vi säger? Och vad är egentligen en människa? Spelar orden någon roll om människan inte kan höra vad som sägs om honom? Eller har det betydelse för oss och vår bild av vem jag är som människa hur andra bemöts? Hur ska dialogen föras över de svåra sakerna när åsikterna går isär och där vissa har större legitimitet att ha tolkningsföreträde utifrån sin plats i vårdhierarkin?

Vad gäller Nils blir konflikten gentemot anhöriga. Föräldrarna är fortfarande i akut kris och vid mitt första möte med pappan förklarar han att de valt just vår klinik efter att ha kontrollerat var i Sverige den bästa hjärnskadevården finns.

” Målsättningen är att Nils ska bli helt återställd!”

Jag sitter stum. Fadern säger inte detta som en fråga utan som ett krav. Modern ser ut att börja gråta. Veckorna som följer tar fadern över vården alltmer. Han sover på sjukhuset och är med sin son större delen av tiden. Han talar om för oss vad vi skall göra. Stänger av sonens sondmat då han har synpunkter på innehållet. Vägrar låta oss ge sonen de mediciner vi ser han behöver. Nils verkar reagera på röster. Vi märker att när fadern argumenterar med oss stiger Nils blodtryck, han blir spänd och börjar svettas. Förstår han? På rehab arbetar vi i team. Där har vi långa och många diskussioner om Nils. Det är en styrka att reflektionen i gruppen gör att vi kan se de olika perspektiven och orka vara professionella såväl gentemot patienten som anhöriga. Men situationen gör att vi tar hjälp av extern handledning för att orka.

Men vems perspektiv är viktigast och riktigast? Vem har mest rätt att vårda och bestämma inriktning av vården, föräldrarna eller sjukvården? Och den svåraste frågan som vi alla bär med oss; finns det liv som inte är värt att leva? Vem ska uttala sig om detta när Nils inte kan?

Som rehabiliteringsläkare ska jag hjälpa människor tillbaka till livet efter skada och sjukdom. I denna strävan är ett viktigt fokus att återupprätta patientens självständighet. På min avdelning finns Sara, en ung kvinna som kommer från ett land i Mellanöstern. Hon har drabbats av en godartad tumör i ryggmärgen som opererats bort men efter ingreppet vaknar hon upp permanent förlamad i nedre delen av kroppen. Sara är ogift och bor hemma hos föräldrar och syskon. På avdelningen tränar vi förflyttningar och påklädning så hon ska klara dessa moment utan att behöva hjälp av annan person. Träningen går bra och Sara gör framsteg. Men svårigheter tillstöter då utskrivning från avdelningen kommer upp. Under permissioner har vi förstått att Sara inte tillåts av sin familj göra det hon egentligen klarar av. De har även uttryckligen sagt att de inte vill att hon lämnar lägenheten. De ser sjukdomen som ett straff för att dottern trotsat föräldrarnas vilja. Sara själv är ledsen och passiv. ” För mig spelar inget längre någon roll, familjen är viktigast nu ” säger Sara själv. Teamets frustration är stor då familjen motsätter sig våra försök att hjälpa Sara och planera framåt för en självständig framtid för henne. Vi ser vad vi tycker är bäst för henne medan hon förklarar för oss att det är en familjs plikt att ta hand om någon som blivit sjuk och att familjens vilja måste gå först. Hon vill ta sitt straff .

Ordet rehabilitering betyder översatt åter till livet. Men åter till vilket liv? Finns det en norm för livet? Vilka värden som är mest värdefulla, kan vi vårdare bestämma det? Ska vi acceptera att Sara följer sina föräldrars vilja nu när hon inte kan leva det självständiga liv hon kunnat göra när hon var frisk? Är familjen viktigare än individen? Och om vi stöttar Sara att bryta med sin familj- vad ställer vi till med då? Ska vårdarna bli hennes nya anhöriga? Hur mycket ska kulturella synsätt få påverka vården?

En upprörd läkare berättar för mig om en patient på intensivvårdsavdelningen , IVA. Maria, en ung kvinna som har drabbats av komplikationer, svåra blödningar, efter att ha fått sitt första barn. Eftersom hon inte accepterar blodtransfusioner utifrån sin religiösa övertygelse har hon nu vårdats tre veckor nedkyld och med täta injektioner av en substans som ska stimulera blodbildningen. En mycket dyr behandling jämfört med blodtransfusion vilket gör den unge läkaren upprörd. ” Det är inte rättvist! Det är orimligt att detta ska vara tillåtet ! Denna vecka har flera operationer fått ställas in för att det saknas IVA plats medan hon ligger där helt i onödan...”

Jag försöker förklara att vår lagstiftning i Sverige med religionsfrihet gör att vi är tvungna att acceptera att patienter av religiösa skäl avstår från att ta emot blod och att de har rätt till alternativ behandling. ”Jag tycker hon ska få dö!” säger den arge unge läkaren vilket genast upprör de övriga läkarna i diskussionsgruppen och en intensiv debatt följer. Efteråt bär jag med mig Maria och frågan om rättvisa hela vägen hem. Rättvisa för vem? Det nyfödda barnet som har rätt till en mor? De som oroligt väntar på operation, kanske en livsviktig sådan? Kvinnan som har rätt att ha vilken tro hon vill? Samhället som betalar? Kan vi framöver tvingas begränsa vad en enskild patients vård ska få kosta? Och är en sådan utveckling riktig för att säkra tillgången på basal vård för alla? Till vilket pris ska vi rädda liv?

Vad är etik och vad är kompetens?

Kort om etik- olika perspektiv

Etikens avgränsning kan ibland synas otydlig. Etiken skall hjälpa oss att svara på frågan; Vad är rätt? Vad är fel? Vad är gott? Vad är ont?

Juridiken, lagarna i samhället, är ett uttryck för samhällets ställningstagande och är en generell konfliktlösning, inte ett absolut ställningstagande om vad som är rätt och fel. Den svarar på frågan; Vad är tillåtet? Juridiken behövs för att upprätthålla struktur och stabilitet i samhället. Ofta sammanfaller det lagliga med det etiskt riktiga för människan, men ibland uppkommer konflikter t.ex. om vapenvägran, aborter och aktiv dödshjälp. Juridiken är ett uttryck för samhällets kompromiss över vad som är viktigt att värna när värden och intressen kommer i konflikt med varandra. (2)

I det moderna, allt mer sekulariserade samhället söker vi nu nya sätt att hitta och formulera en gemensam värdebas. Etiken är där universell på det sättet att alla kan vara med i diskussionen oavsett religiös tro och livsåskådning. Etiken måste utvecklas när människans levnadsvillkor förändras. Är frågan om de goda värdena och människans väsen tidlösa? Därom finns olika åsikter (3). Vissa värden kan vi kanske enas om är viktiga inom vårdens verklighet i vårt land.

Vad är då ett värde? Ett sätt att se på värden är i mer absolut betydelse, ett mål i sig. Fram till den vetenskapliga revolutionen på 1600talet så hade människan ett telos (grekiska-mål) och synen på världen var målorienterad. Upplysningen startade ett mekanistiskt projekt för såväl natur- som socialvetenskapen (4). Fakta blir nu värdeneutrala och är blir en främling till bör. Objektivitet och rationalitet har tagit överhanden och eftersom människans yttersta mål på detta sätt blir något oklart kan inte längre argumenten alltid mätas med varandra. Det finns inte längre en syn på vad som är det goda för människan utan strävan mot att nå en gudomlighet, att maximera lyckan eller att följa rätt regler tävlar med varandra om bäst och mest giltiga argument (5,6).

Vi kan nog enas om att vissa etiska frågeställningar är svårare att hitta en lösning på än andra. Kanske kan man även indela de etiska frågeställningarna efter svårighetsgrad. Ett etiskt problem innefattar en persons reflektion och går att lösa medan en etisk konflikt berör flera personer av olika åsikter där de olika personernas tolkningsföreträdarna måste tas med i beräkningen och där reflektionen måste innehålla en dialog mellan de inblandade parterna. Vid ett etiskt dilemma finns det ingen alltigenom bra lösning utan endast alternativ vars negativa sidor måste vägas ihop till det minst dåliga av alternativen. Olika meningar mellan teorier och etiker får inte underminera vikten av att belysa de etiska frågorna i alla sammanhang. Dock måste vi ha med frågan om vilket och vems tolkningsperspektivet är samt vetenskapen om att ingen har hela faciten (7,8).

Vid den etiska reflektionen och dialogen kan vi också anta olika principiella perspektiv. Antingen top-down (deduktivt förhållningssätt), där principer, regler och normer utgör utgångspunkt och appliceras på den aktuella situationen eller bottom-up (induktivt förhållningssätt) där vi frågar oss vad sammanhanget och kontexten kräver och varför jag gör som jag gör för att komma fram till det bästa resultatet (9,10).

Det är i den normativa, värderande etiken vi inom vården behöver rikta vår uppmärksamhet. Etiken har sitt berättigande i att hjälpa oss i den konkreta praktiska handlingen gentemot vår medmänniska, inte genom en intellektualiserad abstraherande lek med ord och begrepp. Många nutida filosofer kan från olika utgångspunkter acceptera synen att moralens centrala fråga är; Vad ska jag göra? Detta ger det fria valet en nyckelroll eftersom val är det man möter när en fråga skall besvaras. Pliktetikens syn är handlingsorienterad och fokuserar på altruism (oegennytt) samt universaliserbarhet. Konsekvensetiken vill istället utgå från resultatet, konsekvensen av en handling i diskussionen om vad som är rätt att **göra** (5). Det finns en motrörelse i dygdetiken som istället fokuserar på att moral handlar om vilken person ska jag **vara**? Moralen berör processen där jagets strävan är att utvecklas till en god människa. Genom att bli en god människa väljer och gör jag sedan det rätta. Begreppet dygd härstammar från den grekiske filosofen Aristoteles tankar om viktiga karaktärsdrag hos den goda människan, vilkens uppgift sedan är att förverkliga det mänskliga goda livet (11). Här har också den feministiska etiken med sin fokusering på kvinnors sätt att prioritera relationer och ansvar ställt frågorna på ett nytt sätt och ytterligare ökat förståelsen för hur olika tolkningsperspektiv behöver få vara med i dialogen (12,13).

Första hälften av 1900-talet definierades moralisk utveckling som en psykologisk process som handlade om att förstå vad som är den egna kulturens normer, acceptera dessa och handla i enlighet med dem. Denna psykodynamiska förklaringsmodell grundar sig på arbeten av Sigmund Freud och Erik H Erikson. Psykologen Lawrence Kohlberg vände med sin forskning begreppen genom att säga att det var individen som bestämde vad som var rätt och fel. Kohlbergs idéer om att det samhället tycker är rätt ibland kan vara moraliskt fel anammades snabbt av studentrörelsen på 60-talet, skärpte debatten om Vietnamkriget och togs upp av människorättsrörelser. Kohlberg urskiljer sex stadier i den moraliska utvecklingen. Från att göra vad man blir tillsagd till att ta in en mer komplex bild av situationen och även härleda ett abstrakt tänkande om hur samhället påverkas eller skulle påverkas vid olika händelser. Detta utgör en kognitiv modell för moralisk utveckling. Moraliskt beteende enligt Kohlberg kan ses som bestående av fyra komponenter; moralisk sensitivitet (att uppfatta situationen), moralisk bedömning (bedömning av vilken handling som är rätt och fel), moralisk motivation (prioritering av moraliska värden framför andra värden) samt moralisk karaktär (att ha mod, uthållighet och att använda sina färdigheter) (14, Appendix 3).

Den feministiska kritiken med Carol Gilligan i spetsen (12) tolkade Kohlberg som sexistisk och menade att han ogiltigförklarade alla världens kvinnor. Dess utgångspunkt är att kvinnor har en vårdande inställning och fokuserar mer på relationer. Kohlberg kom i vanrykte men nu vet vi att den ursprungliga tanken om könsskillnader har senare studier inte helt kunnat bekräfta. Snarare är det kanske så att i den moraliska utvecklingen måste man beakta att olika personer har skilda värdepreferenser som kommer att styra deras tolkning. Det rör sig om olika mänskliga, inte enbart genus, perspektiv (15,16).

Kohlberg har i senare uttolkning fokuserat mer på att de sex stadierna i den moraliska utvecklingen inte ska ses som hierarkiskt rangordnade från sämre till bättre. Istället representerar de olika modeller att tolka världen där de underliggande värdepreferenserna styr våra val. Förståelsen av emotionernas betydelse för moraliskt beteende har även reviderat den kognitivt inriktade teoribildningen (17).

Vad är kompetens?

Ursprunget till det svenska ordet kompetens är *competere* (latin) med betydelsen gemensamt eftersträva alternativt medtävla (ursprungligen i avsikt att vinna ett ämbete). I Svensk Uppslagsbok (18) förklaras ordet kompetent: utrustad med de nödvändiga förutsättningarna, vuxen, skickad, skicklig, duglig. Ur detta kan man förstå att kompetens handlar om att ha erforderlig eller lämplig förmåga eller kvalitet, samt ha förmåga att fungera och utvecklas på ett visst sätt.

Kompetens definieras framförallt som individrelaterat men man kan se även en organisatorisk, kollektiv innebörd. Kompetens kan ses som en produktionsfaktor, en individuell resurs men även som en synergieffekt dvs. effekter i en verklighet som innebär att helheten överstiger summan av delarna. Kompetensen åstadkoms av gruppmedlemmarnas sammantagna, individuella erfarenheter, samtidigt som den vunna kompetensen i organisationen/gruppen återverkar på den enskilda individen. Kanske kan man säga att kompetens i användning ger en dubbelverkande, exponentiell utdelning (19). Som rehabiliteringsmedicinsk läkare kan jag se detta i det interdisciplinära teamarbetet med samma fokus och förhållningssätt med olika professioner som samverkar tätt runt patienten. I den tvärprofessionella dialogen tillförs gruppens medlemmar ständigt ny kompetens.

Begrepp som också används är uppdelningen mellan informell kompetens (individnivå som personlig förmåga och kunskap) samt formell kompetens (ur samhällelig, administrativ synvinkel). Ett uttryck för den formella kompetensen i hälso- och sjukvård är de legitimerade yrkena; läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och psykolog. En behörighet man tilldelas av samhället och vilken också kan tas ifrån en individ som inte uppfyller de bestämda kraven.

Samtidigt som kompetens är ett vidare begrepp än kunskap så utgör ändå kunskap kärnan i de flesta definitionerna av begreppet. Eftersom kompetensbegreppet är definierat till situation så behöver man sammanhanget för att förstå den aktuella innebörden. Man kan även se en processtanke i kompetensbegreppet -kunskap är latent men kompetens är aktivt. Kompetens ska leda till en handling, en produkt ett resultat som kan ses antingen kvantitativt eller kvalitativt samt relatera till en verksamhet, strategi, ett mål eller en arbetsuppgift och vara bra för något eller någon (20). För att vi ska förstå vad vårdarens etiska kompetens ska användas till behöver vi först definiera de värden vi med vården vill förverkliga.

Människans samspel mellan tyst och uttalad kunskap ger upphov till den kunskap som är kulturbärande. När saker och ting får en mening blir de viktiga för individen. Egentligen finns inget vetande eller kunskap som inte kommer ur en kulturell förståelse. Den utgör vår bakgrundsreferens, vår norm, när vi tolkar och förstår vår omgivning samt oss själva. Vid ett kompetent handlande handlar det om en kapacitet att kunna reflektera över den egna arbetsinsatsen där det är den egna intuitiva kunnandet som är föremål för funderande och analys. Kunnande kan förklaras som en form av uppmärksamhet. Man kan inte utbilda fram mästerverk, men man kan lära sig uppmärksamhet som rutin. Etiken finns i handlingen, i varje ställningstagande, den styr människans uppmärksamhet. Min värdegrund ställer in siktet på det jag tycker är viktigt (21). Detta kan vi se när människor med olika kulturella bakgrund möts i vården antingen med vårdar, eller patientperspektivet. Där kan svårigheter uppstå utifrån olikheter i hur vi tolkar och uppmärksammar vad som är viktigast i situationen.

Inom pedagogisk forskning har intresset senaste decenniet handlat om att vidga begreppet från kunskap och kompetens till att fokusera på den mänskliga intelligensen. Teorin om de multipla intelligenserna (MI) introducerades av amerikanen Howard Gardner. (22,23) Detta som en reaktion på IQ begreppets otillräcklighet. Det visade sig nämligen att hög IQ inte automatiskt ledde till individuell framgång. De sju olika intelligenserna indelar Gardner i språklig, logisk-matematisk, visuell-spatial, musikalisk-rytmisk, kroppslig-kinetisk, interpersonell och intrapersonell intelligens. De första tre utgör den psykometriska intelligensen och ligger nära IQ begreppet.

Gardner ser intelligenserna som moduler av förmågor och möjligheter kopplade till separata informationsbehandlande system i den mänskliga hjärnan. Definitionen är även beroende av kulturellt sammanhang. Vidare är begreppet dynamiskt; en biopsykosocial potential för att bearbeta information som kan aktiveras i en kulturell miljö i avsikt att lösa problem eller skapa produkter som är värdefulla inom en kultur. Gardners intelligenser är såväl individuellt som kulturellt och kontextbundna vilket sammanfaller med definitionerna av kompetensbegreppet (Appendix 1).

En efterföljare till Gardner är psykologen Daniel Goleman (24) som påvisar hur emotionell intelligens (EQ) och social kompetens är viktigare än IQ, höga examina och tekniskt expertkunnande för framgång i arbetslivet. Denna EQ kan ses som en utveckling av Gardners inter- och intrapersonella intelligenser medan Golmean kallar de övriga fem intelligenserna för intellektuella. Den emotionella intelligensen består av självinsikt, självkontroll, motivation, empati och social fråga (Appendix 2). Utifrån forskning på vad som leder till framgång/goda resultat/rätta handlingar i arbetslivet visar Goleman att EQ är det väsentliga, inte IQ. (25) Den enda kognitiva förmåga som är viktig för framgång är förmågan att urskilja mönster och tänka i större perspektiv vilket är en del av den visuell-spatiala förmågan. De emotionella kompetenserna visade sig vara dubbelt så viktiga som bidrag till topprestationer, jämfört med det rena intellektet eller sakkunskapen vilket de traditionella IQ testen mäter. (26)

Sammanfattningsvis kan tankarna från pedagogernas forskning runt intelligenser hjälpa oss att förstå att vem vårdaren som individ är har betydelse ur patient, personal och organisatoriskt perspektiv. Vi är inga programmerade robotar utan interagerar oupplösligt med vår omgivning vilket påverkar såväl det vi gör som hur vi mår. I vården uppmärksammas inte alltid den negativa stress som de etiska konflikterna kan utgöra för vårdaren. Något som blir extra svårt om värdegrunden för arbetet dessutom är otydligt formulerad och den öppna dialogen saknas. (27)

Vårdens kontext

Vårdens värden

En viktig fråga i det etiska perspektivet blir vilka underliggande värden de berörda människorna vill förverkliga? Min prioritering mellan värden blir avgörande för hur jag väljer när olika värden står i konflikt med varandra

Vilka värden som är viktigast att främja är givetvis beroende av vilken tolkningsram vi använder. A MacIntyre (28) betonar traditionernas betydelse för människors förståelse och utvecklande av etiskt tänkande. En praktik, konst eller verksamhet (exempelvis sjukvård el vårdandets konst) som behöver institution för att överleva (ex sjukhus), innehåller interna och externa värden.

De externa värdena består i samhällets eller institutionens belöningsformer som t.ex. makt, lön, social status medan de interna värdena, som sjukvård som praktik innehåller, inte kan konstrueras via styrfaktorer. Dessa interna värden kan endast ses i utövandet av värden, i själva vårdandets konst, och bygger på allas delaktighet och ansvarstagande. Förverkligandet av de interna värdena innebär att utöva praktiken väl. De interna värdena kan nås enbart genom denna praktik medan de externa värdena kan uppnås på annat sätt. De externa värdena hotar ständigt att konkurrera ut de interna vilket resulterar i korrupcion av praktiken. Ett exempel kan vara om effektivitet i form av antal utförda vårdinsatser belönas för kraftigt finns risken att kvantitet går före vårdens innehåll. Det är lättare att räkna hur många blindtarmar jag tagit bort än hur många patienters lidande jag verkligen minskat. Att i dagens vårdverklighet beskriva det vi gör i termer hämtade från en annan praktik med ekonomiska, marknadsmässiga uttryck hotar att göra vårdens interna värden mer otydliga och endast sekundära. Förverkligande av de interna värdena bygger på att människan strävar att uppnå sin bästa förmåga. Att nå ett utmärkt, excellent resultat är ett tävlingsmoment där belöningen är förverkligandet av praktikens innersta mål och värden. Exempel är en skicklig möbelhantverkare som i sina mästerverk når den yttersta perfektion i skåpets alla detaljer eller en undersköterska som i omvårdnaden av den döende patienten gör att en svårt sjuk människa känner trygghet, förtröstan och omsorg.

Enligt MacIntyre är en verksamhets kvalitet beroende av hur väl medarbetarna känner till och lyckas uppnå det gemensamma projektets interna värden. Finns det ett tydligt definierat telos, ett mål att sträva mot? Där är erfarenheten central för insikten i de interna värden vårdandet innehåller, att lindra lidande, visa omsorg, återupprätta patientens välbefinnande mm. Det är många vårdpersonal som berättar om hur just förverkligandet av dessa vårdens innersta värden leder till en direkt belöning i mötet med patienten. Förverkligandet av sjukvårdens interna värden ger resultatet att de människor som utövar denna vårdandets konst strävar mot en allt högre grad av förträfflighet och att de berörda medlen och värdena systematiskt utvidgas och praktiken utvecklas. Det goda arbetet har i studier visat sig bestå av en ständig utvärdering av insatsen i termer av praktikens värden, en jämförelse med andra yrkesutövares normer samt en maximering av glädjen det tillför den som arbetar (29).

Denna sista punkt blir viktig utifrån det intressanta flow begreppet (svenska flöde) som förklaras vara det som människan i allt strävar efter. Flow kan ses som ett internt värde och har beskrivits och studerats av psykologen Mihaly Csikszentmihalyi (30,31,32) som även samarbetat med pedagogen Howard Gardner, mannen bakom begreppet multipla intelligenser. Flow är den känslan vi har när allting fungerar som det ska, när allting stämmer, när vi står inför utmaningar vi klarar av samt förverkligar de värden vi tror på. Forskning har visat att denna flow uppstår till ca 65 % i människors arbetsliv - inte på fritiden. Arbetet är för människan en möjlighet att förverkliga inre värden som vi inte alltid på samma tydliga sätt hittar i fritid eller familjeliv. Denna strävan efter flow utgör en viktig faktor bakom vår motivation till handling och ger vardag och arbetsliv glädje och entusiasm.

Min moraliska motivation grundas i min värdebas oavsett om jag är medveten om min prioritering eller inte. För att kunna uttala oss om det rätta behöver vi känna till vilken praktik det rör sig om, se den enskilda händelsen som en del av en individuell människas livsberättelse där hennes agerande inte enbart påverkar henne utan även ingår i många andra människors livsberättelser. Sedan måste vi också känna till, förstå och placera händelsen i en moralisk kulturell tradition.

Vilka interna värden kan vi urskilja som värden strävar att förverkliga? Jag har utifrån min synvinkel identifierat ett antal som vi kanske kan enas omkring. Vilken rangordning i viktighetsgrad mellan de olika värdena som skall gälla är en situationsbunden fråga för senare diskussion.

Liv

Att skydda och bevara mänskligt liv har kommit högt på listan över innehåll i värdeetiska regler genom historien. Liv som högsta värde är något som vi i vårt land tar för väldigt självklart. Att det mänskliga livet är mer värt än växter och djurs håller många men dock inte alla med om. Idag finns strömningar som på såväl profan som religiös grund hävdar djurens och övriga livsformers rättigheter gentemot människan.

Ett begrepp som inom vårddiskussionen blivit central är livskvalitet. Kanske kan man se livskvalitet som övergripande alla andra värden, det alla strävar mot. Liv som sådant kan bara finnas eller saknas, men innehållet kan se väldigt olika ut beroende på den individuella människans förutsättningar och förmågor. Begreppet kvalitet har en värdering inbyggd där avsaknad av kvalitet är något negativt. Att bedöma livskvalitet kräver jämförelse med en norm. Frågan är om det finns mänskligt liv som har en så låg livskvalitet att det inte är värt att leva? Frågan är också om vem som ska bedöma och värdera livskvaliteten. Studier visar att vårdpersonal ofta skattar sina patienters livskvalitet lägre än patienterna själva gör liksom att friska skattar sin troliga livskvalitet som sjuk lägre än vad den som verkligen är sjuk gör. (33,34)

Hälsa

WHO:s definition av hälsa 1948 är full av vision och framtidstro, ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och ej endast frånvaro av sjukdom (35). WHO:s klassiska definition talar om hälsa som något mer än frånvaro av sjukdom. Sjukdom och hälsa kanske mer ska ses som parallella processer som inte bara finns eller saknas utan som samspelar och varierar utifrån en mångfaktoriell påverkan. De båda kommer ständigt till uttryck i olika grad i varje människas liv. Utifrån ett sådant perspektiv blir det plötsligt viktigt med psykosociala sammanhang samt kulturella och samhälleliga aspekter. Centralt blir även frågan om vetenskapsteoretisk utgångspunkt, livsåskådning och människosyn, det vill säga hur vi väljer att tolka verkligheten.

Vår sjukvård är bra på att finna och behandla sjukdom i en reduktionistisk biologisk synvinkel. Objektiviserandet av sjukdom i diagnos alienerar den sjuke från sin kropp. Vi fäster stor vikt vid våra objektiva mätmetoder och blir ibland förvirrade när förtvivalade människor med stark sjukdomsupplevelse söker vår hjälp utan att vi finner någon diagnos. Samtidigt kan personer med svåra sjukdomsdiagnoser säga att de är friska och vid god hälsa. Vi kan kanske säga att sjukdom och även hälsa har att göra med både inifrån (subjektivt) och utifrån (objektivt) perspektiv. Ett exempel är när vi vid screening eller hälsokontroller upptäcker sjukdom trots att vederbörande känner sig helt frisk som t.ex. vid höga blodfetter eller tidig bröstcancer, upptäckt vid rutin mammografi. (36)

Sjukdomsbegreppet i engelskan innehåller fler ord än vi har i svenskan för att beskriva detta. Disease motsvarar vårt sjukdomsbegrepp i form av kliniska eller vetenskapliga fynd. Sjukdomen får ett namn och vården bekräftar att patienten är sjuk vilket ger en social acceptans. Illness används för att beskriva en människas subjektiva upplevelse av att vara sjuk vilket är en personlig och existentiell erfarenhet. Denna är beroende av erfarenheter, trygghet och kulturell tillhörighet. Sickness omfattar både disease och illness och innefattar att den sjuke behöver behandlas både biomedicinskt och psykologiskt för att denne ska känna sig förstådd, behandlad och eventuellt botad. Det som kanske är viktigare än avsaknad av sjukdom är välbefinnande och livstillfredsställelse, begrepp vilka båda relaterar mer till hälsoperspektivet (37,38).

Minska lidande

Att minska lidande kan ses i perspektiv av att det vi egentligen vill uppnå är hälsa och ökad livskvalitet eller livstillfredsställelse. Lidandet förstås på olika sätt utifrån vilken förklaringsmodell vi använder. En sjukdomsdiagnos standardiserar inte självklart patientens lidande! Det är inte länge sedan lidande i vården var synonymt med smärta. Nu har diskussionen öppnats för en bredare förståelse av lidandets olika dimensioner och dess relation till patientens personliga upplevelser och erfarenheter. Där finns en tankeväckande fundering över vårdlidande, dvs. det lidande vården orsakar patienter och anhöriga. Vårt bemötande eller vårdens organisation kan orsaka lidande i form av otrygghet, oförståelse och också kränkning och förnedring (39).

Alla människor har också en dimension som rör de existentiella frågorna vare sig vi uttrycker det i en tro eller ej. Funderingarna över Varför?, Varifrån?, Varthän? aktualiseras ofta när livet och hälsan är hotade. Frågorna kan också ge ett existentiellt lidande som kanske är en i högre eller lägre grad oundviklig del av människans livsvillkor (40).

Autonomi

Autonomi kan i sin specifika kontext betyda många olika saker som självbestämmande (att kunna fatta beslut utifrån den egna viljan), önskeuppfyllelse, självständighet och frihet (att ha bra alternativ att välja mellan). Att bättre förstå vilken aspekt av autonomin som patienten kan och vill utöva är att ge en vård med högre kvalitet där patienten är i fokus (41).

Men vilken autonom enhet betraktar vi? Ser vi till den politiska diskussionen samt den svenska lagstiftningen och uttolkningen av densamma så går perspektivet tydligt mot ett ytterligare stärkande av patienträttigheterna. Men kan man även se familjen som överordnad autonom enhet? Hur ska man se på barn? Ska moderns vilja gå före faderns om barnet inte är fött? Är föräldrar en autonom enhet skild från barnet? Hur ska vi hantera alla de som inte är beslutskapabla i sjukvården. De dementa, utvecklingsstörda, medvetlösa och svårt sjuka som inte kan eller orkar uttrycka sin vilja och bevaka sin rätt. Kanske kommer vi att få företrädare utsedda från samhället för de patienter som inte kan tillfrågas om val av behandling?

Integritet

Om autonomi på många sätt hänger samman med människans förmåga att vara individuell aktör, berör integritet människan som person - det hon är i sig själv. Samtidigt kan ett vägrande att se patientens förmåga och vilja till autonomi kränka henne som person, trampa på hennes integritet. Några ord som jag ofta möter när patienter och vårdare försöker svara på vad integritet handlar om är respekt och värdighet. Denna integritet kan röra såväl den fysiska kroppen som viljan och känslorna. När vi är friska har vi ofta kontroll över vem vi släpper nära vårt kroppsliga och själsliga revir.

Margareta Andersson har i sin avhandling om begreppet integritet inom vårdvetenskapen fastställt några kriterier för en god vårdare som har vilja och förmåga till att respektera patientens integritet. (42) Nämligen vilja att ta reda på relevanta fakta av betydelse för vården lyhörddhet för patientens upplevelse, önskemål och värderingar. Detta berör såväl att inhämta kunskap som lyhörddhet för patientens sårbarhet på grund av sjukdom och beroende. Men också en lyhörddhet för människors känslighet för de gränsöverskridningar som vården innebär såväl vad gäller patientens kropp som vad gäller personlig information.

Tillit

Vårdvetenskapen har bidragit till förståelse av vad som är vårdens uppgift. Professorn i vårdvetenskap Katie Eriksson skriver i boken Vårdandets ide: Vårdande innebär att genom olika former av ansning, lekande och lärande åstadkomma ett tillstånd av tillit, tillfredsställelse, kroppsligt och andligt välbefinnande samt en känsla av att vara i utveckling i syfte att förändra hälsoprocesserna (43).

Att lita på och ha förtroende för dem som är ansvariga för min vård beskriver många patienter som det mest centrala. I en tid när rörligheten bland vårdpersonal är stor innebär inte minst den bristande läkarkontinuiteten att patienterna inte hinner bygga upp en tillit och känna förtroende. Ofta får man i kontakten också uppleva att nästa läkare ifrågasätter den insatta behandlingen vilket ytterligare ger en känsla av otrygghet. Otrygghet förstärker sjukdomsupplevelse som smärta och ångest (44).

Rättvisa

Det finns starka ekonomiska, organisatoriska och andra särintressen i dagens hälso- och sjukvård vilket också måste tas med i de etiska övervägandena. Precis som sjukvården kan ses som ett moraliskt tagande så kan vi också se vården som ett ekonomiskt projekt där samhället vill ha ut en vinst i form av så friska medborgare som möjligt och där resurserna ska fördelas på ett så rättvist sätt som möjligt. Ibland förenklas bilden av det etiska kravet i mötet mellan vårdare och patient till att enbart beröra just detta enda mänskliga möte. Ett förtydligande av vårdarnas uppgift och skyldigheter ligger i indelningen av olika yrken. Professioner och legitimation är en samhällelig kvalitetskontroll där nivån sätts på vilken kompetens och utbildning som krävs för att få utföra olika arbetsuppgifter. Den juridiska kontrollen och de olika legitimerade yrkenas etiska regler har till uppgift att tillförsäkra patienterna en god vård på lika villkor. Hälso- och sjukvårdslagen i Sverige ställer således krav på att en viss kvalitet skall säkras för alla vård sökanden samt att principen om rättvisa följs. (45) I den etiska plattformen slår man fast att vårdpersonal ska agera utifrån människovärdes-, behovs-solidaritets samt kostnadseffektivitetsprincipen (46). Dessa principer är dock rangordnade så att först gäller människovärdet därefter behovs/solidaritetsprincipen (som innebär att de som behöver mest ska få först). I sista hand gäller kostnadseffektivitetsprincipen.

Kostnadseffektivitet är förvisso en viktig etisk princip där vi har till uppgift att få ut mesta möjliga vård för de resurser vi har till hands men när det gäller utvärdering av insatserna så måste vi ständigt fråga oss vems tolkningsperspektiv är? Att använda ord som kund, produktion och flöde innebär inte enbart ett nytt språkbruk utan också en underliggande värderingsförskjutning där ekonomiska och marknadsdrivkrafter kommer i fokus snarare än vårdens moraliska projekt.

Relationer och gemenskap

Vi kanske kan beskriva det mänskliga livet som beroende och sårbarhet. Utan band till någon eller något utanför sig själv kan människan inte klara sig. Denna sårbarhet, beroende, skörhet och dödlighet tillhör människans icke-valda grundvillkor. Vår omsorg är svaret på det krav som andras sårbarhet ställer oss inför, där vi vill stödja den andres liv och värdighet som människa. De underliggande värden som ska förverkligas handlar om det mänskliga livets existens och villkor i alla dess former (47).

Den judiske filosofen Martin Buber skriver om människans olikhet och jämlikhet. Den unika individen med sina olikheter är grundläggande jämlik med den andre med hänsyn till att vi accepterar varandra som likställda parter i en ständigt pågående dialog. I mötet mellan Jag och Du är den andre inte ett objekt utan ett subjekt som är med i att påverka och skapa mitt Jag och ömsesidigt skapar Jag detta Du. I det äkta mötet och dialogen finns den innersta meningen med det mänskliga livet. Detta innebär ett moraliskt krav på mig inte till enbart handling utan till att öppna mitt innersta i mötet med den andre. Dock innebär inte alla former av mellanmänskligt samröre att vi människor kommer varandra närmare. Sociala vanemönster och konventioner kan hindra och göra även den mest medmänskliga till slentrian (48,49).

Västerländska kulturer skiljer sig från andra kulturer i resten av världen genom betoningen på individualitet, självständighet och separation av jaget från det sociala nätverket. I t.ex. vissa afrikanska kulturer är du utan din familj ingenting. Jaget definieras där utifrån sina relationer till familjen.

Att förverkliga vårdens värden

Låt oss återvända till Maria, den unga kvinnan som vårdas på intensivvårdsavdelning för att hon inte kan acceptera blodtransfusioner. Vår sjukvård har kommit långt i de medicinska och tekniska lösningarna för att bevara liv. Eller kanske ibland mer att upprätthålla liv i väntan på att kroppens självläkande förmåga får kraft att åter ta mandatet i människans kropp. Men ska det finnas en gräns för vilka resurser som ska få användas i kampen för livet? Om Maria inte hade varit en ung mor skulle prioriteringen ha sett annorlunda ut? Den svåra frågan om när livsprocessen övergått i döendets skede diskuteras inte alltid öppet. Av tradition är detta läkarens ansvar att besluta om att avsluta eller avstå från behandling. Något som övrig personal ibland tycker är frustrerande då de utifrån kontakten med patienten i den nära omvårdnaden ibland vill avsluta behandlingar tidigare än läkaren. Undersökningar på svårt hjärtsjuka patienter visar att dessa mycket sällan talat om att avstå aktiva insatser med sin läkare, trots att nästan alla var positiva till att få vara med i dialogen. (50,51)

Eftersom vi ekonomiskt sett konsumerar den övervägande delen av vår sjukvård under det sista året i livet kan man fråga sig om det alltid är rätt prioritering. Ibland är det lättare för en läkare attoreflekterat sätta in åtgärder när en patient är svårt sjuk än att ta diskussionen med patienten och anhöriga om vad denna behandling egentligen har för värde. Föreningar som för fram krav på aktiv dödshjälp är ett uttryck för många människors oro att bli ett kolli i en opersonlig vårdapparat. Att vi en dag eller en annan alla kommer att dö är ett faktum vi inte kommer undan.

I diskussionen tidigare betonade jag vårdens uppgift som bevarandet av värdena hälsa och minskande av lidande. Om vi fokuserar på rättigheter så har vi en sjukvård i förändring där under de senaste decennierna en förskjutning från paternalism och förmyndarattityd gentemot den sjuke, till autonomi och patienträttigheter har skett.(52) Detta kan ses som en idéhistorisk utveckling i hela den västerländskt liberala traditionen. Centralt är individens frihet och möjlighet att själv välja och skapa sitt liv. Men vad innebär det att ska bevara en patients autonomi? Ibland kan också patienten begära paternalism av läkaren eftersom hon inser att i den aktuella situationen förmår inte hon själv att se vad som är bäst att välja. Att i en sådan situation inte som vårdare ta emot denna begärda paternalism och hjälpa patienten att fatta ett klokt beslut innebär att kränka den andres autonomi. Ett exempel som jag själv upplevt är när vårdaren blir patient. Att blockerad av oro, smärta och ångest inte få hjälp att välja exempelvis medicinering eller behandling utan lämnas ensam eftersom ”du har ju själv har den relevanta medicinska informationen” är inte att rätt se patientens förmåga att faktiskt kunna utöva självbestämmande i den aktuella situationen.

I uppvärderandet av autonomi blir aktörskapet viktigt. Den autonome kan främja sina egna intressen och tala för sin sak, medan den med nedsatt autonomi inte har samma möjlighet. De båda unga männen Erik och Nils med sina svåra hjärnskador saknade all förmåga att själv utöva sin autonomi. Vårdaren blir där företrädare för bevakande av den svages rätt och intressen. Detta gör att det etiska perspektivet förskjuts. Ser vi situationen på samma sätt som frisk vårdare som den sjuke skulle ha gjort? Och även om vi söker hjälp i att tänka oss in i att det kunde vara jag eller min anhörig som är den sjuke så är ju detta egentligen ett paternalistiskt övergrepp där vi utgår från vår egen världsbild som norm för situationen. Hur ska vi väga in de olika perspektiven och ge tolkningsföreträde när den det gäller, den sjuke inte kan säga sitt? Kan vi värdera någon annans livskvalitet och vilket liv är värt att leva? En fråga som för mig blev central i mötet med den hjärnskadade unge Erik som jag upplevde gav kontakt och reagerade medan de andra läkarna såg ett djur, utan en människas livskvalitet.

När vi talar om lidande måste vi göra klart vad vi menar. Menar vi det lidande vi tror någon ha, det lidande vi själva känner när vi ser någon som inte är frisk enligt vår hälsomall. Eller är det endast den som upplever sig lida som har monopol på tolkningen? Sjukdomen och behandlingen har en personlig betydelse som hör ihop med det förflutna såväl som nuet. En person har en familj, en kulturell bakgrund, olika roller. Självet kan inte existera utan andra människor men personen har också en relation till sig själv. Personer gör saker och är ofta mer eller mindre omedvetna om mycket av vad som händer dem och varför. Personer har regelbundna vanor, en kropp, ett hemligt liv, hopp och förväntningar på framtiden. En förutsättning för hoppet är tron på en verklighet som överträffar det som kan bevisas.

I vårt land går individen före familjen om meningarna går isär, men så är det inte i alla kulturer över världen. Sara den förlamade unga kvinnan som vi i rehabteamet ville göra självständig och oberoende av sin familj är ett exempel på detta. Om vi i Sverige förflyttar oss söderut i Europa eller till länder i Asien och Afrika så möter vi en attityd där det t.ex. inte är självklart att berätta om en dödlig diagnos för patienten. Och om så sker kanske det inte är patienten utan familjens överhuvud som ska informeras först. Vården och vårdarna har tolkningsföreträdare över patienten, samt familjen över individen. (53, 54, 55)

Detta innebär dock inte att en diskussion saknas om hur patienten som individ ska betraktas. Kanske kommer en liknande utveckling från förmyndarattityd till patientautonomi som vårt land genomgått under senaste decennierna sprida sig? Det vi dock måste bära med oss som vårdare är att även i vårt land finns det kulturer som uppfattar frågan om vad patienten själv vill som ett tecken på en dålig och obeslutsam vårdare. Allt detta påverkar givetvis den etiska dialogen och gör sammanhang och kontext viktigt samtidigt som inte allt som är kulturberoende för den sakens skull behöver vara det rätta. (56)

Jag arbetar med många unga funktionshindrade. Att plötsligt drabbas av oförmåga att kontrollera urin och avföring är för många svårt kränkande. Det skapar en social otrygghet som kan vara mycket svårhanterad. Men att behöva utträtta sina behov i sällskap av en vårdare som också ska ta hand om resultatet är för många en kränkning av integriteten. Jag har en stor beundran och tilltro till vårdpersonalens attityder och bemötande som i dessa situationer är så viktigt. Att hitta nya sätt att visa respekt och värdighet när patienten upplever den förlorad är ett mål för basal omvårdnad.

När hälsan sviktar upplever många att de nära relationerna blir allt viktigare. Anhörigas betydelse för den sjuke behöver också ses och förstås bättre i vårdkontexten. En patient berättar om sin svåra sjukdom; När jag var som sämst orkade min fru men när jag kom från intensivvården - då bröt hon ihop. Samme man berättar också att det svåraste inte var att få cancerbeskedet av läkaren, det var att berätta det för hustrun.

Alla människor är beroende av relationer i högre eller lägre grad. Detta gör att när någon drabbas av sjukdom så påverkas fler än enbart den sjuke av detta. För en svårt sjuk kan anhörigas väl och ve vara det som är mest centralt och att de får stöd kan minska smärta och lidande. I intensivvården har forskning visat att ljudet av anhörigas röst sänker blodtryck och stressnivåer hos komatösa, nedsövda patienter. Ibland kan andra alternativ än läkemedel kanske användas mer systematiskt? (57) För min patient Nils och hans anhöriga kan vi se hur faderns oro och ångest gjorde att den svårt medvetandesänkte Nils kom att reagera med kraftiga kroppsliga reaktioner. I efterhand kanske vi kan säga att för Nils var en av de viktigaste sakerna att fadern skulle få hjälp att hantera situationen. Något som i ett senare skede blev verklighet.

När jag som läkare bedömer en patient så måste jag alltid göra en prioritering inte bara vad gäller denna patient utan också i förhållande till alla andra som behöver min hjälp. Detta innebär att försöka använda resurserna så rättvist som möjligt. Den viktigaste prioriteringen är att vi behandlar den patient som mest behöver och för vilken det är just vi är bäst lämpad att ge behandling. Hur lång väntelista är och vad jag har för resurser till hands för ögonblicket kommer där att spela in i mitt övervägande. Och en prioritering är aldrig enbart medicinsk utan innehåller värderande moment. Dessutom har mitt handlande direkta eller indirekta konsekvenser för andra yrkesgrupper, andra patienter eller patientgrupper, för samhället osv. Prioriteringar blir allt viktigare när våra resurser inte räcker för allt det vi i vården kan medicinskt sett göra. Eftersom vetenskapen ständigt finner nya terapeutiska möjligheter och läkemedelsbolagen nya (djura) mediciner så kommer prioriteringar bli allt viktigare. Det viktiga är inte bara att göra rätt i det enskilda mötet utan också

följa behovssolidaritetsprincipen. Den betyder att den som behöver mest ska få först. Tyvärr måste många idag vara ganska starka och friska eller ha engagerade anhöriga för att komma till vård. Vad ska vi göra åt det? För att ge ett exempel kan vi fråga oss hur resurserna ska fördelas; på Maria som vårdas på intensivvårdsavdelningen eller på de många patienter på kölistan för hjärtoperation som riskerar dö under den väntan? Ett liv ställt mot många andra- hur prioriterar vi?

Ibland har vi vårdare svårt att avsluta patientkontakter då vi har ett behov att bli bekräftade i vårt arbete. Men kostnadseffektivitetsprincipen handlar delvis om att hitta rätt vårdnivå för att resurserna ska räcka längre.

Ett försök att fånga in och överblicka ett så stort och samtidigt så relevant etiskt perspektiv som möjligt är en avvägning och en uppgift som ställer höga krav på vårdaren. Risken är uppenbar att antingen ha en för snäv syn för att förenkla eller att gå under tyngd av den omöjliga uppgiften att förstå och beakta alla intressen, tolkningar och perspektiv. Här blir den öppna dialogen ett viktigt hjälpmedel att söka det rätta. Vi behöver där fler perspektiv än vårt eget och den tvärprofessionella dialogen är central.

När det gäller styrningen av resurser finns det nog inget bättre svar än att i ett demokratiskt land som Sverige med en offentlig, solidariskt finansierad sjukvård, det blir ett politiskt beslut att prioritera. Och där är frågan vad som är viktigast om vi kommer till ett vägskäl, en god basal omvårdnad eller dyrbar teknologisk spetsvård? En fråga som tidigare i år tog sig ett intressant uttryck i en debattväxling i Svenska Dagbladet där en verksamhetschef i ortopedi pläderade för att de patienter vars anhöriga skrev under ett kontrakt att de skulle ta hand om eftervården skulle gå före i operationskön. Något som väckte respons inom läkarkåren (58).

Det är den enskilde som är den primära moraliska aktören, inte organisation, grupp eller samhälle. Vi lever inte som isolerade öar, utan allt vårt handlande har konsekvenser som berör andra såväl som mig själv. Det moderna liberala västsamhället hyllar individens autonomi ibland precis som om vi kunde skaka av oss alla våra mänskliga relationer och sammanhang och fatta beslut helt självständigt. De moraliska handlingarna är tätt hopkopplade med personligheten, traditionen, den speciella situationen och våra relationer. Mitt handlande kan också om det accepteras som rätt innebära en omtolkning av andras handlingar. Om en moralisk handling är en ton så kan den aldrig förstås och ges mening utan att höras i sitt sammanhang, i melodin!

I förverkligandet av det goda arbetet är det den enskildes ansvar att välja det bästa utifrån sina professionella kunskaper och färdigheter, se och ta in och reflektera över omvärldsperspektiv och påverkan samt hela tiden handla i överensstämmelse med sin personliga sfär (relationer, värden, mål mm). Organisationens krav är att ge individen förutsättningar att lyckas i detta samt stimulera till arbetsglädje och motivation - att hitta flow!

Vårdens legitimerade yrken har själva formulerat normer i form av olika etiska koder. Denna tradition fanns redan före den Hippokratiska eden (59) som kom till i antikens Grekland på 400 talet f. Kr. Dessa regler kan ge ett ramverk men fungerar inte som en checklista för kvalitetskontroll eftersom alla nedskrivna etiska principer och riktlinjer måste förankras och återerövas i förhållande till person, tid, plats och rum. I hälso och sjukvårdslagen eller i etiska principer finns dock inte något entydigt svar. De olika yrkesetiska reglerna för legitimerade vårdyrken innehåller mer av tankar på hur den professionelle bör vara snarare än hur denne bör handla. Ett uttryck för ett slags pragmatiskt förhållningssätt mot kollegor, andra personalgrupper och patienter.

I hälso och sjukvårdens lagtext formulerar man inte ett uttalat krav på särskilda karaktärsegenskaper utan istället finns ett indirekt krav i form av särskilda skyldigheter att handla på ett visst sätt. (60) Att lagstifta om personliga egenskaper hos en yrkesgrupp eller kräva att sådana föreligger vid anställning av personal är väl varken genomförbart eller önskvärt.

De legitimerade professionerna i vården har alla utarbetat sina egna yrkesetiska regler. (61). Däremot kunde kanske ett mer uttalat ansvar ligga på sjukvårdens ledning i att ge förutsättningar så att den enskilde anställda får möjlighet att utvecklas till en yrkesutövare med önskvärda personliga egenskaper och gott omdöme. Vi kan fråga oss om dagens kompetensutveckling inom vården fokuserar på den kompetens som enligt Golemans och Gardners pedagogiska forskning visat sig leda till ett framgångsrikt utfört arbete? Min erfarenhet är att tekniska färdigheter och faktakunskap värderas högre än den personliga förmågan att använda och omsätta sin kunskap i handling.

Vad kan då ingå i professionalism ur etiskt perspektiv? Spelar det någon roll vem den professionelle är eller är det enbart fråga om vilken handling han utför? Här har olika etiska skolor sina skilda synsätt. Dock kan man ur bilden av den ideale yrkesutövaren utläsa att det förväntas något av den professionelles karaktär och personlighet. Ett exempel är den bild av den ideale svenske läkaren som idéhistorikern Motzi Eklöf fann när hon studerade dödsrunor i Läkartidningen; En plikttrogen och yrkesskicklig man av svenskt ursprung med anor, personlighet, bildning och humor samt ett kritiskt och objektiva sinne, som i kollegial anda verkar oegennyttigt för mänsklighetens väl och dör som han levat (62). Som kvinna utan anor är jag diskvalificerad från denna idealbild utan närmare studier av hur min personlighet är eller hur min yrkesutövning går till.

Ett annat uttryck för denna medicinetiska tradition (63) menar att en professionell vårdgivare förväntas värdera vissa ideal samt inneha specifika dygder. Detta skall särskiljas från den specifika yrkestekniska skickligheten men hänger trots det nära samman med själva yrkesinnehållet vilket förmedlats via sedvänja och tradition. Fyra fokala karaktärsdrag hos den kompetente professionella vårdgivaren är särskilt viktiga; medkänsla, omtanke, uppriktighet och integritet. Detta som bas för att de fyra medicinetiska portalprinciperna (autonomi, rättvisa, att göra gott och att inte skada) ska kunna översättas från ett teoretiskt etiskt resonemang till en moralisk praktik i vårdvardagen. I boken Praktisk klokhet (64) listas en önskelista upp på dygder hos vårdpersonal: flexibilitet, lyhördhet, dialogisk förmåga, integritet. Alla dessa egenskaper kan vi också känna igen från den emotionella kompetensen, EQ.

Praktikerkunskap kan ses som givna och underförstådda normer förvärvade genom traditioner samt gällande sociala och kulturella kontexter. En ytterligare definition är att vårdetisk kompetens skall ses som den hållning eller inställning en vårdgivare måste ha för att villigt odla sin förmåga till uppmärksamhet och omsorg om andra människors belägenhet (65).

Vad är etisk kompetens i hälso och sjukvård?

Utifrån min egen erfarenhet i vården har jag försökt formulera innebörden vad det betyder och vad man gör när man möter det etiska kravet i vårdens verklighet. (66) Det rätta handlar om att se, att förstå och att handla. När jag nu har studerat litteraturen kan jag känna igen modellen av moraliskt handlande (Appendix 3) där sensitivitet handlar om att se, bedömning om att förstå samt att motivationen är viktigast för agerande. Den moraliska karaktären utgör basen för de tre delarna eftersom den jag är påverkar det jag ser, förstår och gör. (67)

Att se

*”lösningen av ett problem ligger nämligen i upptäckten av det problematiska ”
Aristoteles, Den Nichomachiska Etiken (68)*

Om ett problem inte ses - finns det inte...

Hur en situation uppfattas beror av såväl den faktiska verkligheten som av hur jag tolkar densamma.(69) Min känslighet för etiska situationer beror av vilka underliggande värderingar jag själv har. Min uppmärksamhet är normativ. En objektiv verklighet kan jag inte uppfatta, för mina glasögon färgar det jag ser. Det viktiga för att se objektivt är att förstå mitt brytningsfel. Vad har mina glasögon för form och styrka? Här kan jag använda delar av min emotionella intelligens i form av självinsikt och självkontroll. Jag kan medvetandegöra vad min uppmärksamhet leder mig att se och därmed försöka ställa mig i en mer neutral position.

Etisk känslighet beror av såväl min uppmärksamhet som min perception. Hur väl är min emotionella kompetens utvecklad så jag kan ta in den andres belägenhet? Har jag en empatisk förmåga som kan ge mig en riktig information om situationen? Här kan jag se att min egen läkarutbildning bitvis försämrat min empatiska förmåga och därmed också min etiska kompetens (70,71).

Att vara för känslig har en del argumenterat för skulle vara negativt. (72) Men här handlar det om intrapersonell intelligens, att ha tillräcklig distans för att kunna ta in helheten utan att duka under själv eller avskärma sig för snabbt genom att enbart ta någons parti. (73)

Men det behövs också kognitiva förmågor i mitt seende. Jag måste ha en nivå av verbal och logisk kompetens för att ta in helheten. Min etiska urskiljningsförmåga är sedan grundläggande för mitt val och min handling. (74)

Att förstå

*”vem ska bestämma sakens värde - den som gör uppoffringen eller den som blir berikad av den? ”
Aristoteles, Den Nichomachiska Etiken (68)*

När man ser något förstår man delvis det samtidigt. Att helt koppla isär seendet med förståndet är omöjligt, det är delvis simultana processer i vårt medvetande. (75) Att kunna se och förstå de olika perspektiven är väsentligt för den etiska kompetensen. Vilka värden och rättigheter står i konflikt med varandra? Vem kan tänkas bli påverkad av situationen? Vad kan situationen leda till? Vilka handlingsalternativ är aktuella och möjliga? Och vilka är konsekvenserna av de olika möjligheterna till handlande jag har?

Som läkare är jag tränad i att använda min rationalitet. Förnuftet ska leda mig rätt. Att förstå kräver intellektuella förmågor. Inte minst den viktiga aspekten att se och urskilja mönster i stora sammanhang - en spatial förmåga såväl som logisk. Intressant nog den enda kognitiva förmåga som visade sig vara viktig vid undersökning av toppresterande yrkesaktiva (76).

Att jag kan språkligt, verbalt förstå och tolka sammanhang är viktigt för bearbetningen. Jag måste också ha kunskap och förstå gällande ramverk, regler och principer som kan beröra min professionalitet och den aktuella situationen.

Men precis som vi har glasögon när vi ser så bär vi en ryggsäck när vi förstår. Min förståelse är färgad av vem jag är och vilka värderingar jag vill värna. Hur väl min empatiska och interpersonella, sociala förmåga leder mig till såväl information om, som förståelse av de berörda parterna? Kanske min kroppsliga och musikaliska intelligens gör att jag kan tolka röster och rörelser hos andra människor på ett bättre sätt? Kroppsspråk är en viktig del av interpersonella kommunikation och något vi är olika bra på.

Ibland har vi också kollektiva kulturella glasögon i vår förståelse av situationen. Min egen erfarenhet av att arbeta med smärtpatienter har lärt mig att vara särskilt uppmärksam och inse svårigheterna att förstå vad situationen innebär till exempel för patienter från främmande kulturer. Begreppet intuition är spännande. Att känna på sig hur det kommer att gå eller att något inte står rätt till har all vårdpersonal jag mött själv upplevt i sitt arbete. Denna oreflekterade direktkontakt med mitt innersta, med mina känslor och min erfarenhet är något att ta på allvar men också att bättre förstå för att den inte ska leda oss fel. Här måste en väl utvecklad emotionell kompetens vara värdefull. Det är dock viktigt att känslor tolkas och förstås för att etisk kompetens inte ska ses som ett individuellt slumpmässigt tyckande.

Vårdandets konst handlar mer om en artistisk förmåga än vad utövandet av naturvetenskap gör. (77) Definitivt behövs båda för att göra det rätta och uppnå det goda, men tyngdpunkten mot intellekt och IQ behöver förskjutas mot känsla och EQ inom sjukvården!

Att handla

*”åsikten är kraftlös såvida vi inte är benägna att följa den”
Aristoteles, Den Nichomachiska Etiken (68)*

Om jag ser och förstår ett etiskt problem eller ett etiskt dilemma men väljer att inte uttrycka min ståndpunkt i ett handlande så är jag enligt min mening inte etiskt kompetent. Att se och förstå det rätta kräver att jag också gör det rätta. Ibland kan jag tycka att vi pratar mycket om att se och förstå patientperspektivet i sjukvården men det blir inte alltid några synliga resultat.

Som jag tidigare beskrev kompetens så är målet att den ska leda till en handling, en produkt, ett resultat som kan ses antingen kvantitativt eller kvalitativt. Kompetensen ska vara bra för något eller någon. Detta betyder inte att seendet eller förståelsen är oviktiga men utan handling så är de meningslösa i sitt sammanhang. Det är inte det vi tänker utan det vi gör som kan förändra tillvaron.

Att handla kan också betyda att inte göra någonting. I dagens sjukvård finns det en debatt om att gamla och svårt sjuka människor inte tillåts att dö. Läkare anklagas för att sätta in meningslösa åtgärder utan gagn för patienten och förhindra en värdig död. Ibland behöver vi kanske modet att göra ingenting? Men att vi blir bättre på att avstå meningslös behandling betyder inte att vi ska sluta lyssna, trösta och minska lidande. (78)

För handlandet är viljan och motivationen avgörande. Motivation är en del av Golemans emotionella intelligens och Gardners intrapersonella förmåga. Att ha motivationen att göra det rätta kräver dock att också ha klarat de två första stegen, att ha sett och förstått situationen. För en handlingsbenägenhet i sig, utan förståelse, kan vara skadlig och enbart bero på dåligt omdöme och således en låg förmåga och etisk kompetens. Handlingsbenägenhet utan kontroll av egna känslor, behov och drivkrafter kan inte resultera i ett etiskt kompetent, välgrundat beslut utan enbart i ett egoistisk agerande.

Att mitt handlande dessutom ska ge bra konsekvenser kräver att jag har förmåga att genomdriva det jag vill på ett bra sätt. Detta kräver verbal förmåga för att framföra och övertyga andra om min åsikt, en social, interpersonall förmåga för samarbetet i strävan mot det rätta samt även en logisk förmåga för att göra rätt sak vid rätt tillfälle!

Den sociala förmågans betydelse för att skapa samarbete är en förmåga som förhoppningsvis kommer att värderas alltmer när sjukvårdens organisation fokuserar mer på teamsamarbete som bas för patientomhändertagandet.

Slutsatser

För mig är etisk kompetens egentligen inget annat än ett kompetent agerande på etikens område. Att söka det rätta kan jämföras med att lära sig en ny färdighet, att väva en matta, bygga ett hus eller sjunga en sång. Det är ingen mystisk gåtfull egenskap som man har eller saknar. Etisk kompetens rör de mellanmännsliga svåra situationerna och det mänskliga livets sårbarhet och måste därför tas på djupaste allvar. Men alla kan göra det rätta och det viktigaste är att ha viljan att försöka söka och förstå det rätta. Då har vi siktet inställt, ögonen öppna och uppmärksamheten skärpt. Att vara etiskt kompetent i vården innebär att aktivt och rätt kunna förverkliga vårdens interna värden. Att skickligt utöva den läkekonst och den vårdandets konst som är sjukvårdens yttersta mål.

Min förståelse av flow begreppet gör att jag tror detta måste ha en central betydelse som en sannolik koppling till de kroppsegna belöningsystemen i hjärnan. Att vilja och söka det rätta ger oss en belöning och fysiologisk tillfredställelse som kanske kan orsaka beroende. För mig är denna tanke hoppfull. Det kanske är människans drivkraft mot att skapa en bättre värld.

I det mänskliga ligger kanske också detta, att det goda måste ha en mening och vara ett mål i sig själv?

Referenser

Frågeställning

1. En extra tröstare, Landstingsvärlden nr 30, oktober 2003, sid 12-15

Om etik och kompetens

Kort om etik- olika perspektiv

2. Statens Medicinetiska Råd, Etiska vägmarken 1, Etik-en introduktion, Gotab, Stockholm 1995
3. Collste Göran, Inledning till etiken, Studentlitteratur, Lund 1996
4. Nilsson Ingemar och Peterson Hans-Inge, Medicinens Idéhistoria, SNS Förlag, Borås, 2000
5. Tännsjö Torbjörn, Grundbok i normativ etik, Thales, Stockholm 2000
6. MacIntyre Alasdair, After Virtue, University of Notre Dame Press, Notre Dame Indiana 1984
7. Maureen Sie, Mad, Bad or Disagreeing? On Moral Competence and Responsibility, Philosophical Explorations nr 3 2000 sid 262-281
8. Malmsten Kersti, Etik i basal omvårdnad-I någon annans händer, Studentlitteratur 2001
9. Blomqvist Clarence, Medicinsk Etik, Natur och Kultur Stockholm 1971
10. Rawls John, En teori om rättvisa, Daidalos, Uddevalla 1999
11. Aristoteles, Den Nikomachiska etiken, Daidalos, Uddevalla 1993
12. Gilligan Carol, In a Different voice, Harvard University Press, Cambridge Massachusetts och London, 1982
13. Hepburn Liz, Woman and Ethics: A Seeing Justice?, Journal of Moral Education, Feb 1994
14. Rest, James R. (Editor), Lawrence, Moral Development in the Professions, Erlbaum Associates Inc. Publishers, Hillsdale, New Jersey 1994
15. Bebeau J. Muriel , Brabeck M. Mary, Integrating Care and Justice Issues in Professional Moral Education: A Gender Perspective, Journal of Moral Education, Vol 16 nr 3, 1987 sid 189-203

16. Myyry L, Helkama K, The Role of Value Priorities and Professional Ethics Training in Moral Sensitivity, Journal of Moral Education, Vol 31, nr 1 2002 sid 35-50
17. Ruiz Pedro Ortega, Vallejos Ramon Minguez, The role of Compassion in Moral Education, Journal of Moral Education, Vol 28 nr1 1999

Vad är kompetens?

18. Svensk Uppslagsbok , Förlagshuset Norden 1959
19. Söderström Magnus, Det svårfångade kompetensbegreppet, Pedagogisk forskning i Uppsala nr 94 1990
20. Rolf Bertil, Profession, tradition och tyst kunskap, Nya Doxa, Lund 1991
21. Molander Bengt, Kunskap i handling, Daidalos, Göteborg 1996
22. Gardner Howard, De sju intelligenserna, Brain books 2002
23. Gardner Howard, Intelligenserna i nya perspektiv, Brain Books 2001
24. Goleman Daniel, Känsans Intelligens, Wahlström och Widstrand, Stockholm 2003
25. Goleman Daniel, Känsans Intelligens och Arbetet, Wahlström och Widstrand 2001
26. Gardner Howard, Csikszentmihaly, Mihaly, Damon William, Good Work, When Excellence and Ethics Meet, Basic Books USA 2001
27. Öresland Stina, Vanor och ovanor- Om etik och moral i sjukvården, Rapport i arbete som kvalitetskoordinator, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, maj 1999

Vårdens kontext

Vårdens värden

28. MacIntyre Alasdair, After Virtue, University of Notre Dame Press, Notre Dame Indiana, 1984
29. Howard Gardner, Mihaly Csikszentmihaly, William Damon, Good work-When excellence and ethics meet, Basic Books, USA 2001
30. Mihaly Csikszentmihaly, Flow, Den optimala upplevelsens psykologi 1992
31. Mihaly Csikszentmihaly, Finna Flow. Den vardagliga entusiasmens psykologi 1999

32. Mihaly Csikszentmihaly, Flow, ledarskap och arbetsglädje, Natur och Kultur, Stockholm 2004
33. Ubel A.P, Loewenstein G, Hershey J, Baron J, Mohr T et al, Do Nonpatients Underestimate the Quality of Life Associated with Chronic Health Conditions because of a Focusing Illusion?, Medical Decision Making, Vol 21, nr 3 2001 sid 190-199
34. Suarez-Almazor M. Conner-Spady B, Kendall C, Russell A, Skeith K, Lack of congruence in the Ratings of Patients Health Status by Patients and their Physicians, Medical Decision Making, Vol 21, nr 2 2001 sid 113-121
35. WHO, Deklaration om de mänskliga rättigheterna, Svenska Läkarsällskapets hemsida www.slvs.se
36. Kallenberg Kjell och Larsson Gerry, Mnniskans Hälsa-livsåskådning och personlighet, Natur och Kultur, Falun 2000
37. Tamm Maare, Psykosociala teorier vid hälsa och sjukdom, Studentlitteratur, Lund 2000
38. Hellström Olle, Patienters behov av mening kan mötas – eller motas, Läkartidningen, Vol 97, nr 25 2000 sid 3086-3089
39. Cassel Eric, The nature of suffering and the goals of medicine, Oxford University Press, Second edition, New York 2004
40. Wikstöröm Ove, Den outgrundliga människan; Livsfrågor, psykologi och själavård, Natur och Kultur 1998
41. Sandman Lars, On the Autonomy Turf. Assessing the Value of Autonomy to Patients, 2004
42. Andersson Margareta, Integritet som begrepp och princip, Åbo Akademis förlag, Vasa 1996
43. Eriksson Katie, Vårdandets Ide, Liber, Stockholm 1997
44. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM, Physician-Patient Communication -The Relationship With Malpractice Claims among Primary Care Physicians and Surgeons, JAMA Vol 277 nr 7 1997, sid 553-559
45. Hälsa och Sjukvårdslagen 1982:763
www.riksdagen.se (sök på Rixlex)
46. Etisk plattform för hälso och sjukvården; Prioriteringar inom hälso- och sjukvården 1996/97, SOU 14
Vårdens svåra val, SOU 1995:5
47. Henriksen Jan-Olav, Etik i arbete med människor, Studentlitteratur 2001
48. Buber Martin, Jag-Du, Dualis Förlags AB, Falun 1994

49. Buber Martin, Människans väg, Dualis Förlags AB, Falun 1993

Att förverkliga världens värden

50. Löfmark Rurik, Do-not-resuscitate orders: Ethical aspects on decision making and communication among physicians, nurses, patients and relatives, Avhandling vid Institutionen för Medicinsk Etik Lunds Universitet 2001
51. Svenska Läkarsällskapet, Den utmätta tiden- Palliativ medicin i modern sjukvård. Läkardagarna i Örebro 2003, Svensk Medicin 73
52. Stolt Carl-Magnus, Medicinen och det mänskliga, Natur och Kultur 2003
53. Pang Samantha, Protective truthfulness: The Chinese way of safeguarding patients in informed treatment decisions, Journal of Medical Ethics , 25 1999, sid 247-253
54. Dalla-Vorgia P, Garanis TN, Touloumi G, Drogari P , Koutselinis A, Attitudes of a Mediterranean population to the truth-telling issue, J of Medical Ethics, 18, 1992, sid 67-74
55. Abib S, Hamadeh NG, Attitudes of the Lebanese public regarding disclosure of serious illness, Journal of Medical Ethics nr 25 1999, sid 399-403
56. Sachs Lisbeth, Att tolka budskap I vårdmöten över kunskaps gränser, Läkartidningen vol 97 nr 35 2000 sid 3752-3755
57. Jones R, Hux K, Morton-Anderson A, Knepper L, Auditory Stimulation Effect on a Comatose Survivor of Traumatic Brain Injury, Arch Phys Med Rehab, Vol 75 feb 1994, sid 164-171
58. Knudsen Kai, Menar läkarkollegan verkligen allvar? Svenska Dagbladet Brännpunkt, 27 april 2004
59. Hippokrates Ed , Svenska Läkarsällskapets hemsida; www.svl.s.se
60. Hälsa och Sjukvårdslagen 1982:763
www.riksdagen.se (sök på Rixlex)
61. Yrkesetiska regler, hemsidor för de olika yrkesförbunden:
www.lakarforbundet.se
www.swenurse.se
www.psykologforbundet.se
www.farmaceutforbundet.se
www.fsa.akademikerhuset.se
www.lsr.se
www.ibl-inst.se
62. Eklöf Motzi, Läkarens ethos-Studier i den svenska läkarkårens identiteter, intressen och ideal 1890-1960 , Avhandling vid Institutionen för Tema, Linköpings universitet 2000

63. Beauchamp Tom, Childress James , Principles of Biomedical Ethics, Oxford University Press 1994
64. Silfverberg Gunilla, Praktisk klokhet, Brutus sterling bokförlag Symposium, Stockholm 1999
65. Bäckman Gun, Vårdetisk kompetens -begrepp i teori och praktik, Teologiska institutionen Uppsala Universitet 2002

Vad är etisk kompetens i hälso-och sjukvården?

66. Degerman Carlsson Sara, Etik i den kliniska vardagen, Läkartidningen vol 98 nr 44 2001 sid 4880-4882
67. Rest James R. (Editor), Lawrence, Moral Development in the Professions, Erlbaum Associates Inc. Publishers, Hillsdale, New Jersey 1994
68. Braunack-Mayer Anette J., What makes a problem an ethical problem? An empirical perspective on the nature of ethical problems in general practice, Journal of Medical Ethics 2001;27:98-103
69. Citat ur; Aristoteles, Den Nikomachiska etiken, Daidalos Uddevalla 1993
70. Holm U, Strand V, Söderberg S, Barany F ,Handledning i Empati, Läkartidningen Vol 94 nr 15, 1997 sid 1393-1397
71. Bruchfeld D, Bgedahl-Stridlund M, Mårtenson D, Läkarutbildningen- utvecklande eller avtrubbande?, Läkartidningen Vol 97 nr 35 2000, sid 3744-3745
72. Smilansky Saul, The Ethical Danger of Ethical Sensitivity, Journal of Applied Ethics, Vol 13 nr 1 1996, sid 13-20
73. Holland Margaret G., Touching the weights: Moral Perception and Attention, International Philosophical Quarterly, Vol 37 nr 3, sid 299-31
74. Kekes J, Moral sensitivity, Philosophy, 59 1984, sid 3-21
75. Damasio Antonio R., Känslan av att leva - kroppens och känslornas betydelse för medvetandet, Natur och Kultur 2002
76. Gardner Howard, Csikszentmihaly Mihaly, Damon William, Good work-When excellence and ethics meet, Basic Books USA 2001
77. Stolt Carl-Magnus, Läkekonst, Studentlitteratur 1998
78. Björklund Lars, Modet att ingenting göra- En bok om det svåra mötet, Bokförlaget Libris, Örebro 2003

Appendix

1. Gardners Multipla Intelligenser;

Inom pedagogisk forskning har intresset senaste decenniet handlat om att vidga begreppet från kunskap och kompetens till att fokusera på den mänskliga intelligensen. Teorin om de multipla intelligenserna (MI) introducerades av amerikanen Howard Gardner. Detta som en reaktion på IQ begreppets otillräcklighet i utbildningssammanhang. Det visade sig nämligen att hög IQ inte automatiskt ledde till individuell framgång. Fokuseringen på att testa individer för att bedöma intelligens startade under andra halvan av 1800-talet och var en framväxt ur darwinismens tankar om utvecklingen av arter och arvets betydelse. En pionjär på detta område var en släkting till Darwin vid namn Francis Galton. IQ-testet i modern mening skapades på 1920-talet i USA och kan också ses som ett uttryck för en mekanistisk, tayloristisk syn på människan och hennes förmågor som var rådande i samhället vid denna tid och som hållt västerlandet i sitt grepp fram till de sista decennierna av 1900-talet.

De sju intelligenserna urskiljer hos människan olika områden bla härledda till olika centra nervsystemet;

Språklig; känsla för skrivet, talat språk, förmåga till språkinlärning, möjlighet att använda språket för att nå vissa mål

Logisk-matematisk; förmåga att logiskt analysera problem, tillämpa matematiska beräkningar, göra vetenskapliga undersökningar

Visuell-spatial; känna igen och arbeta med mönster i stora ytor såväl som mer begränsade områdens mönster

De första tre utgör den psykometriska intelligensen och ligger nära IQ begreppet

Musikalisk-rytmisk; känslighet i att utföra, komponera och uppskatta musikaliska mönster

Kroppslig-kinetisk; potential att använda hela kroppen eller delar av kroppen för att lösa problem eller skapa produkter

Interpersonell; förmåga att förstå andra människors intentioner, drivkrafter och önskemål samt möjlighet att arbeta effektivt med andra

Intrapersonell; förmåga att förstå sig själv, att ha en effektiv arbetsmodell för sig själv (inklusive egna önskemål, rädslor och möjligheter) och kunna använda denna information effektivt för att styra sitt eget liv.

Gardner Howard, De sju intelligenserna, Brain books 2002

Gardner Howard, Intelligenserna i nya perspektiv, Brain Books 2001

2. Emotionell intelligens enligt Goleman

Självinsikt; Att veta vad vi känner för stunden och använda dessa preferenser som vägledning i vårt beslutsfattande. Att ha en realistisk syn på vår egen förmåga och ett välgrundat självförtroende.

Självkontroll; Att hantera våra känslor så att de underlättar, inte försvårar, den aktuella uppgiften. Att vara noggrann och uppskjuta belöningar för att uppnå mål. Att kunna återhämta sig från emotionella störningar.

Motivation; Att använda våra djupaste preferenser för att föra och vägleda oss mot våra mål, för att hjälpa oss att ta initiativ och sträva efter att förbättra och att hålla ut trots våra motgångar och frustrationer.

Empati; Att ana vad människor känner, att kunna förstå deras ståndpunkt och kunna bidra till samförstånd och samklang med en mängd olika människor.

Social förmåga; Att hantera känslor väl i relationer och korrekt avläsa sociala situationer och nätverk, att samverka smidigt. Att använda denna förmåga för att övertyga och leda, förhandla och lösa tvister, för samarbete och teamwork.

Goleman Daniel, Känslnas Intelligens, Wahlström och Widstrand, Stockholm 2003

Goleman Daniel, Känslnas Intelligens och Arbetet, Wahlström och Widstrand 2001

3. Kognitiv syn på moralutveckling

Kohlbergs teori om moralisk utveckling

Six stages in the concept of cooperation

- | | |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Stage 1 | The morality of obedience: Do what you are told. |
| Stage 2 | The morality of instrumental egoism and simple exchange: Let's make a deal. |
| Stage 3 | The morality of interpersonal concordance: Be considerate, nice, and kind: you'll make friends. |
| Stage 4 | The morality of law and duty to social order: Everyone in society is obligated to and protected by the law. |
| Stage 5 | The morality of consensus-building procedures: You are obligated by the arrangements that are agreed to by due process procedures. |
| Stage 6 | The morality of nonarbitrary social cooperation: Morality is defined by how rational and impartial people would ideally organize cooperation. |

Rest, James R. (Editor), Lawrence, Moral Development in the Professions, Erlbaum Associates Inc. Publishers, Hillsdale, New Jersey 1994

De sex stadierna i moralisk utveckling motsvarar tre nivåer i moralisk mognad

1. Premoralisk nivå: Egocentrism. Lydnad och strafftänkande.
2. Konventionell nivå: Lydnad för att en auktoritet säger så eller för att upprätthålla lag och ordning. Millimeterrättvisa.
3. Principiell nivå: Respektera rättigheter. Självklar lydnad för att upprätthålla lag och ordning.

Carlander Jacob (red), Trygga och otrygga möten - vardagsetik och bemötande i arbete med människor, Förlagshuset Gothia 2001

Fyra psykologiska komponenter i moraliskt beteende

1. Moral Sensitivity: Interpreting the situation
2. Moral Judgement: Judging which action is morally right/wrong
3. Moral Motivation: Prioritizing moral values relative to other values
4. Moral Character: Having courage, persisting, overcoming distractions, implementing skills

Rest, James R. (Editor), Lawrence, Moral Development in the Professions, Erlbaum Associates Inc. Publishers, Hillsdale, New Jersey 1994