

Masteressay i filosofi våren 2012

Universitetet i Oslo

Student : Runar Eikeset

Veileder : Arne Johan Vetlesen

Fagområde : Anvendt etikk

Tema : Behandlingsunnløst. Leger og aristotelisk
klokskap

FORORD

Jeg vil i denne avhandlingen belyse legenes møter med døende mennesker. Problemstillingen knytter seg til hvorvidt pasientene skal få dø i fred, eller forsøk på gjenoppliving iverksettes. Valget om å la pasientene dø i fred er kjent som passiv dødshjelp. Den norske legeforening anbefaler heller bruk av termen `behandlingsunnlattelse` når forsøk på gjenoppliving ikke iverksettes.

Det er min påstand at disse avgjørelsene er tilfeldige i praksisen blant norske leger. For å utforske dette utførte jeg en undersøkelse der leger og andre yrkesgrupper ble stilt overfor fire sanne kasus. Hovedfokuset i spørreskjemaet gikk på hvorvidt de fire pasientene skulle gjenopplives dersom hjertene deres stanset. Dette avstedkom svært divergerende svar både innad i legegruppen og målt mot andre yrkesgrupper.

Det er allerede nå verdt å nevne at jeg selv er lege. Gjennom mitt virke som lege har jeg flere ganger opplevd problemstillingen nært på kroppen. Mitt ønske om å komme til bedre avgjørelser i møte med alvorlig syke pasienter var en viktig årsak til at denne oppgaven ble skrevet.

For å komme videre i disse spørsmålene trenger vi hjelp fra filosofien. Etter mitt syn vil dygdsetikken slik den er formulert av Aristoteles gjennom den Nikomatiske etikk gi verdifull hjelp til dette. Gjennom utviklingen av praktisk klokskap som rettesnor får legene en relevant og tilfredsstillende handlingsteoretisk plattform. Men Aristoteles tilfører noe mer til vår problemstilling. Hans distinksjon mellom teknisk kunnen og klokskap viser også den tradisjonelle medisinske fagkrets' begrensing.

Jeg vil takke Arne Johan Vetlesen for velvillig og kyndig veiledning under arbeidet med oppgaven. En ekstra stor takk for veiledning på mail til alle døgnets tider under fullførelsen av oppgaven. Jeg vil også takke for mange spennende leseopplevelser gjennom dine publikasjoner.

Jeg vil også takke mor og far, søster og bror. Ønsket om å undre seg over livet kommer fra dere.

Jeg vil spesielt takke min samboer Britt Inger. Uten velvilje og støtte fra deg hadde jeg ikke kunnet fullføre dette arbeidet. Og takk til mine barn, Mikkel og Mari. Nå kommer pappa hjem og leker.

INNDELING

s.2 Forord

s.5 Prolog

Kap 1 - innledning og problemavgrensning

s.6 1.1 – Problemavgrensning

s.8 1.2 – Passiv vs aktiv dødshjelp

s.9 1.3 – Problematikkens virkefelt

Kap 2 - Lover, regler og gjeldende praksis

s.11 2.1 – Legenes mandat

s.13 2.2 – Pasient og pårørendes rolle

s.13 2.3 – Samfunn

s.14 2.4 – Sanksjonsmuligheter overfor legers vurderinger

Kap 3 – En undersøkelse om behandlingsunntatelse

s.16 3.1 – Bakgrunn for undersøkelsen

s.17 3.2 – 4 kasus fra virkeligheten

s.21 3.3 – Oppfølgingsspørsmål til alle gruppene

s.23 3.4 – Oppfølgingsspørsmål kun til legene

Kap 4 – Et moralteoretisk bakteppe – Handlingsperspektivet

s.26 4.1 – Bakgrunn – Overveielsens kompleksitet og tosidethet

s.27 4.2 – Deontologi og utilitarisme i møte med det komplekse partikulære

Kap 5 – Aristoteles

s.32 5.1 – Bakgrunn

s.33 5.2 – Aristoteles og intellektuelle dyder

s.33 5.2.1 – Visdom (Sophia)

s.34 5.2.2 – Teknisk kunnen (Techne)

s.35 5.2.3 – Praktisk klokskap (Phronesis)

s.37 5.3 – Aristoteles og karakterdyder

s.38 5.4 – Den aristoteliske handlingssfære

s.40 5.5 – Behandlingsunnløstelse og aristoteliske overveielser

s.43 5.6 – Kritikk av Aristoteles

Kap 6 – Verdproblematikken – hva legene skal beskytte

s.46 6.1 – Bakgrunn

s.47 6.2 – Verdets ontologiske status

s.49 6.3 – Ikke-antroposentrisk tilnærming til verd

s.51 6.4 – Antroposentrisk tilnærming til verd

s.53 6.5 – Rasjonalitet som nødvendig egenskap for verd

s.54 6.6 – Menneskeverd uten rasjonalitet

s.55 6.7 – Verdets appell

s.57 6.8 – Fra verd til verdighet

Kap 7 – Legen som aktør

s.59 7.1 – Relasjonen mellom lege og pasient

s.59 7.2 – Legenes håndtering I – kasusene

s.61 7.3 – Legenes håndtering II – tilliten i fare

s.63 7.4 – Legenes mandat II – støtte fra Aristoteles

s. 68 Kap 8 – Avslutning

s. 71 Epilog

s. 72 Litteraturliste

Prolog

En dag i august 2004 befant jeg meg på et skjær utenfor kysten av sør-Rogaland. En ung kvinne hadde falt livløs om på spaseretur med sin mann. Og jeg, som ung turnuslege, var tilkalt i ambulanseoppdrag. På vei fra Egersund i ambulansen fikk vi stadig mer bekymringsfulle opplysninger om kvinnens tilstand. Farten var på randen av det forsvarlige, og ambulanspersonell og jeg spente oss fast som best vi kunne. Det som hadde begynt med melding om pustebesvær ble raskt oppgradert til bevisstløshet, og videre til hjertestans hos en 28 år gammel gravid kvinne. Da vi ankom åstedet 12 minutter etter varslingen hadde ektemannen begynt gjenoppliving. Og han gjorde det bra. Moren hans var sjef ved legevakten i Egersund og hadde egenhendig lært opp sin sønn. Vi tok raskt over og utførte gjenoppliving etter beste evne. Fortløpende fikk vi rapporter fra ambulanshelikopteret fra Stavanger; nå bare 10 minutter unna. To ambulanspersonell utførte hjertemassasje og kunstig åndedrett på den unge kvinnen da jeg trakk ektemannen til side. Tross min mangel på erfaring og unge alder var jeg vakthavende lege på stedet, og med det ansvarlig for den medisinske behandlingen. Beslutninger om behandling var med det mine å fatte. Kvinnen var noe tynn, over brystbenet var det tydelige arr etter tidligere hjerteoperasjon, og hennes mage bulte ut av graviditeten. Min medisinske fagkunnskap ga meg innsikt i at hjertestans på over 10 minutter medfører stor sannsynlighet for skader i hjernen og andre organer. Hva slags liv kunne vi redde damen til, om vi enn lykkes med gjenoppliving? Skal vi redde henne for barnets skyld dersom hjertestansen vedvarer, hun utvikler hjerneskada med stor sikkerhet, og likevel holde liv i henne som komatøs surrogatmor? Hvor lenge skulle vi holde på dersom hjertet ikke begynte å slå? Med ambulanshelikopter 10 minutter unna var dette svaret gitt; til de er her. Det var utenkelig å avslutte gjenoppliving under disse premisene. Men enda et forhold spilte inn. Min medisinske fagkunnskap hadde også lært meg at barn er levedyktige utenfor mors livmor etter svangerskapsuke 23. Magen var tydelig struttende. Hvor langt "på vei" var hun? Dersom mors liv ikke sto til å redde, skulle vi forsøke å forløse barnet akutt på skjæret, og det via keisersnitt uten kirurgisk støtte med ektemannen som tilskuer? Det ville være et særdeles dristig handlingsvalg, men kunne det la seg gjøre idet helikopteret ankom, med støtte fra anestesilege og mulighet for væske og oppvarming av barnet i helikopteret? Dette høres for de fleste utenkelig ut, men som ansvarlig lege på akutt oppdrag er det utrolig hvilke vurderinger man må gjøre, og hvilke tanker som trenger gjennom av seg selv. Og tiden er den mest

begrensende faktoren. Vi må i møte med pasienter fatte riktige avgjørelser gjennom våre overveielser, vi må være i stand til å utføre handlingen vi beslutter å gjennomføre, og vi må gjøre det raskt.

Min lettelse var stor da ektemannen fortalte at hun var gravid i uke 12 med tvillinger. Konklusjonen var klar: konsentrer deg om moren.

Denne historien er ment å illustrere en side av legeyrket legene stadig møter kritikk ved, og mange leger føler stor uro ved å kunne havne i. Jeg forsikrer at historien er sann. I flere dager etterpå ønsket jeg meg langt bort, og skulle ønske jeg hadde lyttet til min fars råd og blitt ingeniør, som han. Men historien er egentlig ikke treffende for selve problemstillingen jeg snart vil utdype. Grunnen til dette er meget enkel; jeg tror ingen leger (eller andre) ville tvile på hva som var *riktig* behandling av den unge damen. Forsøk på gjenoppliving (rescusitering) måtte iverksettes umiddelbart. Potensialet for å gjenvinne kvinnens livskvalitet, med et bevart intellekt og et godt liv var uviss. Tvilen skulle og måtte komme pasienten til gode. Og vurderingen av å forløse et barn på et skjær er egentlig ikke reell. Flere faktorer måtte endres i den gitte situasjonen dersom dette i det hele tatt skulle kunne vurderes.

Kap 1 – Innledning og problemavgrensning

1.1 – Problemavgrensning

Men hovedpoenget står likevel; noen ganger må vi vurdere å avslutte aktivt livreddende og livsforlengende behandling. I vår problemstilling vurderer ikke legen hvordan de skal behandle pasienten, men *om* behandling i det hele tatt skal iverksettes eller forlenges. I tilfellet med den unge damen er alle faktorer på gjenopplivingens side: hun er ung, hjertestansen har vært av kort varighet med effektiv og vedvarende hjertemassasje i hele forløpet, helikopteret med anestesilege er snart fremme, og ektemannen er til stede. Også det siste er en faktor i totalbildet, idet det er etablert praksis i det norske helsevesen å fortsette behandling inntil pårørende er ute av syne. «Pårørendedrypp» er et kjent begrep innen helsevesenet, idet vi noen ganger forlenger livet noen dager, også for terminalt syke, for at pårørende skal kunne ta farvel. Denne praksisen er ikke for å unngå konflikt, men snarere for å lette sorgprosessen for de

pårørende i visshet om at «alt var prøvd».

Men hva hvis enkeltfaktorer endres? Kan vi snu bildet slik at damen bør få dø i fred? Hva hvis helikopteret ikke var flydyktig den dagen? I så tilfelle ville det være inntil en times kjøretur til Stavanger. Hva hvis hjertestansen hadde vart i 30 minutter før vi ankom, og i tillegg uten pågående hjertemassasje av ektemannen? Når endres bildet i en slik grad at det er tilrådelig å la damen dø? Sagt på en annen måte: hvor stort må det antatte skadeomfanget være før vi ser en annen vei og lar henne dø? Mange faktorer spiller inn her. Jeg vil trekke fram momenter som alder, premorbid helse, årsaken og varigheten til hjertestansen, samt tiltak vi må gjøre for å gjenopplive henne. Hva slags liv kan hun få dersom vi lykkes med gjenoppliving?

Det jeg prøver å vise er følgende: som i andre etiske spørsmål kan enkeltfaktorer endres i et eksempel for å «vippe» beslutningen mot en alternativ handling, og da gjerne den motsatte handlingen (i vårt tilfelle gjenoppliving vs ikke-gjenoppliving). Som kontrast til eksempelet med den unge kvinnen kan vi tenke oss en 95 år gammel mann liggende i sin seng. Han er kreftsyk med store smerter, og hans intellekt har sviktet grunnet alder, sykdom og medisiner. Dersom denne mannens hjerte stoppet ville svaret være like klart som i eksempelet ovenfor. Han skulle få dø i fred.

Jeg har selv gått fra kreftsyke, avmagrete og forvirrete eldre på sykehjem vel vitende om at min beslutning om ikke å legge dem inn på sykehus vil medføre døden. Felles for disse situasjonene var at overveielser om hvilken handling som var *rett* var enkel, idet livsforlengende behandling kun forlenget en normal dødsprosess. At avgjørelsene var vanskelige å fatte følelsesmessig er noe annet. Vi er utdannet til og «programmert til» å behandle sykdom og redde liv. I disse, som i mange andre situasjoner kommer Hippokrates med sine føringer til leger til sin rett: noen ganger kurere, ofte lette plager, men alltid trøste.

Utgangspunktet er med dette som følger: mellom disse to (relativt) gitte vurderingene i ytterpunktene vedrørende behandling/ikke-behandling er det en «gråson» av dilemmaer der avgjørelsene ikke er gitt. Kjentegnende for problemstillingene omhandlet i denne teksten har en ting felles – de havner i denne gråsonen moralsk sett, der legene er tilkjent ansvaret for å fatte beslutning om videre behandlingsforløp. «Å snu ryggen til» et døende menneske slik at døden går sin naturlige gang er etablert både lovmessig og moralsk. Denne praksisen omtales ved flere termer, hvorav passiv

dødshjelp er det mest kjente. Men der er flere begreper knyttet til dette, som *eutanasi* (sammensatt av gresk eu og thanatos – rett oversatt Den gode død). I norsk helsevesen foretrekkes termen *behandlingsunntatelse* i omtalen av slike situasjoner. Dette innebærer at døden får gå sin naturlige gang uten innvirkning fra legen i livsforlengende øyemed. Det er verdt å nevne kodene som anføres på medisinske journaler til pasienter selektert til behandlingsunntatelse. Med noen variasjoner vil disse journalene merkes «R-minus» (Resuscitering-minus) eller «DNR» (Do Not Resuscitate) lett synlig på framsiden.

Det er allerede nå viktig å avgrense problematikken. Jeg vil omhandle og beskrive de tilfellene der vellykket gjenoppliving kan foretas og pasienten kan leve på ubestemt tid, bli kureret fra den aktuelle sykdommen, og skrives ut fra sykehus. Jeg trekker her en klar grense til terminalt syke, der lindrende sedering og behandlingsunntatelse kan sees på som et ledd i palliativ behandling der utkommet (døden) allerede er gitt.

Helsepersonellens oppgave er her å hjelpe pasienten til å beholde sin verdighet i den avsluttende fasen av livet. Her foretar ikke legene noen overveielser med tanke på behandlingsalternativer. At legene i disse situasjonene ikke skal foreta valg om livsforlengende behandling er også nedfelt i begrensninger til legers (og andres!) behandlingsplikt gjennom nødparagrafen (Straffeloven (1902) § 387). Leger har plikt til å hjelpe alle i en nødsituasjon med følgende unntak: sultestreik (av historisk interesse), Jehovas vitner (med tanke på blodoverføring) samt til terminalt syke der behandling kun ansees som en forlengelse av en naturlig dødsprosess.

1.2 – Passiv vs aktiv dødshjelp

Etter denne kortfattede begrepsavklaringen vil jeg gjøre to viktige begrensninger før problemstillingen er fullstendig avgrenset. Jeg vil først trekke en klar og eksplisitt grense til «aktiv» dødshjelp. «Barmhjertighetsdrap» vil rommes av dette begrepet. I disse situasjonene går legen aktivt inn med tiltak som begrenser livslengden. Som eksempel kan jeg nevne overdosering med opiater for å avslutte livet, og ikke primært for å begrense smerter. Dette er i strid med Norsk lov, og vil omfattes av Straffelovens § 231 (mordparagrafen). En slik handling vil kunne gi inntil 21 års fengsel, dog med straffenedsettelse dersom handlingen er foretatt med samtykke eller av medlidenhet (jamfør Str.loven § 235). Også Hippokrates' ed, et sentralt dokument for legestanden,

understreker at : «Jeg skal aldri gi noen en dødelig gift, ikke engang om de selv ber om det». For å si det med Inge Lønning : «En lege med det profesjonelle gangsyn i behold vil se forskjellen på det å la en pasient få dø av sin sykdom og det å avlive vedkommende» (Aftenposten, 21. oktober 1992). Det er verdt å nevne at aktiv dødshjelp er tatt inn som akseptert behandlingsalternativ i et land som Nederland, og det er vist en mer liberal og positiv holdning til slik praksis også i vårt land fra 1982 til 1995 (R.Førde 1999). Det står likevel utenfor vår problemstilling å utdype dette videre.

1.3 – Problematikkens virkefelt

Det er også viktig å trekke frem nedslagsfeltet for vår diskusjon. Det rammer nemlig *samtlige* leger i en klinisk behandlingssituasjon. Dette er en naturlig konsekvens av valget legen selv har gjort ved å studere medisin, og med dette implisitt inngå en kontrakt med samfunnet om å kunne foreta medisinsk behandling av alle deltakerene (innbyggerene/menneskene) i kontrakten. Det er nærliggende å tenke seg at slike avgjørelser primært fattes på sykehus, men enhver lege kan gjennom legevakt bli stilt overfor beslutningen om å avslutte livreddende behandling.

Hvorfor er leger tilkjent et slikt ansvar? Hva gjør dem skikket til det? Gjennom diskusjonen vil vi vurdere hvorvidt disse situasjonene i det hele tatt skildrer *medisinske* spørsmål. Innen medisinske fag står «evidence-based medicine» som et absolutt normgivende fundament for å besvare medisinske spørsmål. Evidence-based medicine har vært og er det gjeldende idealet for hvordan medisinske antagelser skal løftes til vitenskap, og angir behandlingsstrategier og retningslinjer innenfor de fleste aspektene av medisinske fags virkeområder. Det er min påstand at denne avgrensede kunnskapen ikke strekker til innen situasjonene i vår problemstilling, som vi skal se senere. Legens rolle i disse avgjørelsene vil være et sentralt tema gjennom hele avhandlingen, og legens rolle som aktør i disse overveielsene vil vies et eget kapittel i avhandlingen. Likevel vil jeg allerede nå nevne mitt klare syn på at de gitte situasjonene fordrer kunnskap og gjennomtenkte holdninger som strekker seg utenfor den tradisjonelle medisinske fagkrets. De representerer etiske verdivalg, og her møter tradisjonell medisin sin begrensning, som vi skal se.

Legens ansvar i disse situasjonene er å beskytte, forsvare og favne om pasientens

interesser. Hva består disse interessene av? Vi må omhandle temaer som iboende verdi (menneskeverd), verdighet og livskvalitet for å dykke ned i overveielsens natur.

Gjennom dette vil vi også få et inntrykk av *hvem* som selekteres for behandlingsunntakelse, og premissene for en slik avgjørelse. I disse situasjonene henledes beslutningsmyndigheten til legens `skjønn`. I medisinsk litteratur av alle slag opptrer dette begrepet regelmessig. Og det opptrer der det ikke foreligger klare og rigide retningslinjer for behandling. Om dette i sin natur er en innrømmelse av tradisjonelle medisinske fags begrensning er for tidlig å konkludere med. Men innrømmelse av *skjønn*, dog i medisinske termer medisinsk *skjønn*, er i det minste en innrømmelse av at aktørens egne vurderinger vil stå sentralt i overveielser.

Vi må også analysere handlingene og overveielserne innenfor et handlingsteoretisk perspektiv. Dette er nødvendig for å avdekke hva slags handling en vurdering av behandlingsunntakelse egentlig er, og med det hvilken handlingsteoretiske plattform legene har det beste handlingsrepertoar innenfor. Vi trenger åpenbart støtte fra filosofien generelt og etiske teorier spesielt for å analysere og forsøksvis kvalitetssikre avgjørelsene gjennom bedre overveielser. Å gi «svar» på komplekse eksempler er en utfordring for enhver etisk handlingsteori. Etter mitt syn representerer Aristoteles med sitt teleologiske perspektiv innen dygdsetikk den beste arena leger (og andre) har til å vurdere komplekse etiske dilemmaer tilfredsstillende, og med det beslutte «riktige» handlinger. Dette gjelder ikke minst innenfor den aktuelle problemstillingen. Årsaken til dette er primært dygdsettikkens styrke i å vurdere det *partikulære* i enhver situasjon samtidig som overveielserne bygger på innsikt og klokskap. Gjennom å utforske Aristoteles' «dygdsetikk» vil legene både få et apparat til å overveie i de nevnte situasjonene, samt få støtte til at de faktisk *er* mest skikket til å fatte disse avgjørelsene. Det siste er dog ikke uproblematisk og bygger på visse forutsetninger, som vi skal se. Aristoteles vil med dette få stor plass i denne avhandlingen.

Kap 2. Lover, regler og gjeldende praksis

For å utdype problematikken vil jeg innledningsvis omtale praksisen disse beslutningene fattes innenfor. Norsk lov, Rådet for legeetikk og Den norske legeforening har sagt nei til aktiv dødshjelp, men ja til ikke-behandling på visse betingelser. Sentralt i denne praksisen om å avstå fra livsforlengende behandling står tanken om å la mennesker tre ut av livet med sin verdighet i behold, idet medisinsk behandling med livsforlengende målsetning uansett vil lede til et liv med tap av verdighet og sterkt nedsatt livskvalitet. Det ligger en håpløshet og noe krenkende i det å forlenge livet til disse pasientene. Dødsprosessen er pågående og naturlig, og døden anses å være et bedre utkomme for pasienten enn å fortsette et liv med nedsatt verdighet og livskvalitet. Implisitt i denne praksisen ligger at ethvert enkeltmenneske likevel besitter et ukrenkelig menneskeverd slik det er nedfelt i FN's menneskerettserklæring fra 1948. At menneskeverdet ligger til grunn i enhver behandlingssituasjon er også eksplisitt formulert i Pasientrettighetsloven (1999).

2.1 Legenes mandat

Noen sentrale passasjer innen lover og forskrifter er verdt å nevne. Først vil jeg nevne at legene formelt er tilkjent ansvaret for og plikten til å gjøre disse vurderingene. Etter tidligere Legelovens § 16 var det avdelingsoverlegen som hadde ansvar i disse avgjørelsene, dog med myndighet til å delegerer ansvar dersom dette kunne skje på ansvarlig vis. Ifølge Helsepersonellovens (1999) § 4, 3. ledd, skal fortsatt legene ta beslutninger i medisinske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient. Formelt ligger dermed fremdeles ansvaret for valg av behandlingsalternativ hos legen. Dette har også historiske årsaker. Idealet om at pårørendes rolle skal være større har vokst seg sterkere de siste årene, ikke minst gjennom medias dekning av flere kompliserte saker der legenes vurderinger ble ansett å stride mot allmenn oppfatning av riktig behandling. Men historisk sett har legene hatt den formelle og fullstendige beslutningsmyndigheten basert på pårørendes ikke-upartiske rolle i avgjørelsene. Denne tildelingen av myndighet har vært basert på tilfeller der pårørende har hatt vanskeligheter med å la sitt familiemedlem dø, men også i motsatt retning, kan være av arvemessige årsaker, der pårørende har vist egeninteresse i at pasienten skal få dø. Innenfor dette perspektivet står idealet om legenes upartiske og

faglig begrunnede rolle sterkt. Det er dog allerede nå verdt å merke seg en økende skepsis i allmennheten knyttet til legenes rolle, beslutningsmyndighet og virkefelt. Dette gjenspeiles og forsterkes gjennom stadige negative omtaler av legenes beslutninger i media.

I denne sammenhengen er det verdt å merke seg viktigheten av at allmennheten har *tillit* til helsevesenet generelt og legene spesielt. Det trekkes allerede i formålsomtalen av Pasientrettighetsloven fram at «...helsepersonell skal arbeide for å fremme tillit i befolkningen.». Kanskje spesielt innenfor den aktuelle problemstillingen er legene avhengige av et etablert og solid tillitsforhold mellom helsetjeneste, pasient, pårørende, og samfunnet forøvrig. Uten dette vil de miste sitt mandat til å fatte avgjørelser og målbare disse for de involverte. Dr med Rognum (1995) har formulert det slik : «Pasienter er i alminnelighet avhengig av en total tillit til helsevesenet, især til legenes *innsats og evne...*».

En undersøkelse (Søvik O, Næss A-C. 1997) viste at det har vært svært varierende praksis i hvordan disse avgjørelsene fattes ved de forskjellige behandlingstilstandene i Norge. Dette førte til at Statens Helsetilsyn (2001) utarbeidet retningslinjer for *hvordan* beslutningene skal fattes. Hensikten var å kvalitetssikre saksgangen i avgjørelsene samt å sikre dokumentasjon for beslutningene. Av de viktigste reglene var plikt til journalføring for innsyn, en kontinuerlig og daglig revurdering av pasientens tilstand og beslutningen om R-minus, samt manifestasjon av ansvarsfordelingen. Å sikre en god beslutning ved å kunne diskutere tilfellene med andre yrkesgrupper har vært trukket fram. Sykepleiere spesielt, men også imamer, prester og filosofer, har vært nevnt i denne sammenhengen. I tråd med dette er det innstiftet tverrfaglige etiske råd ved norske sykehus. Målsetningen med det siste har vært å kvalitetssikre avgjørelser prospektivt, samt å kunne trekke lærdom av tidligere saker retrospektivt. Jeg vil gjennom teksten vurdere grunnlaget for at leger har beslutningsmyndighet, ikke minst fra et etisk standpunkt. Det er likevel allerede nå verdt å nevne praktiske fordeler med at legene foretar disse beslutningene. Spesielt i akutte situasjoner må *noen* ta beslutningene, myndigheten må være klarlagt og helsepersonell fremstå som en enhet i forhold til populasjonen. Og leger *er* mest involvert i akutte, livstruende situasjoner. Dette gjelder ikke minst utenfor sykehus, innenfor kommunal legevaktpraksis. Når sekundene teller må beslutningene fattes raskt, og der er ikke tid for diskusjon med andre faggrupper. Det ville også være svært upraktisk å bemanne ambulanser med de

supplerende yrkesgruppene. Nettopp derfor må legene være forberedt på å møte slike situasjoner allerede når de trer inn i rollen som lege.

Jeg vil spesielt fremheve noe som *ikke* står i de nevnte retningslinjene fra Statens Helsetilsyn: hvilke kriterier som skal oppfylles for at pasienten skal «innvilges» behandlingsunntatelse, og med dette *hvem* som selekteres for slik ikke-behandling. Der finnes ingen objektive kriterier eller føringer på når behandlingsunntatelse skal iverksettes. Avgjørelsene bygger derfor på den enkelte, ansvarlige leges skjønsmessige vurdering, slik nevnt tidligere. Dette fraværet av kriterier peker igjen mot det sentrale i denne avhandlingen, idet beslutningene legene fatter vil gjenspeile deres moralske, verdimessige forankring.

2.2 Pasient og pårørendes rolle

Ytterligere tre momenter knyttet til lover, regler og praksis fortjener omtale. Først vil jeg nevne pasienten og de pårørendes krav til samtykke, samt å bli tatt på råd i medisinske avgjørelser. Pasientrettighetslovens kapittel 3 fastslår pasientens «...rett til å medvirke ved valg...» knyttet til egen behandling. I tillegg fastslår denne loven at «Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.». Pårørendes rolle fremheves ytterligere i § 4.6 : «...Det kan innhentes informasjon fra pasientens pårørende for å avgjøre hva pasienten ville ønsket». Dette peker igjen på pasientens sterke rett til medvirkning i valg knyttet til egen behandling. Disse momentene understrekes ytterligere i kapittel 4, der det står: « Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke.». Det siste spiller på nødssituasjoner omtalt tidligere. Helsepersonelloven påpeker de samme momentene ang rett til samtykke for pasient og pårørende. Betoningen av *rådføring* med pasient og pårørende står sterkt også her. Det er likevel legene som står med det formelle ansvaret for å fatte beslutninger om videre behandling av pasientene.

2.3 Samfunn

Som andre punkt før omtalen av dagens praksis avsluttes vil jeg nevne en passasje knyttet til samfunnsinteresser. Disse omtales i «Etiske regler for leger», vedtatt av

landsstyret for den norske legeforening (1961, revidert senest 2000). Dette regelverket fremhever legenes plikt til å verne om menneskets helse, plikt til å helbrede, samt lindre og trøste. Men legen skal også «..bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og på sannhet og *rettferdighet* i forhold til pasient og *samfunn*.». De «norske» etiske reglene bygger dels på egne vurderinger og tradisjoner, og dels på internasjonale dokumenter. Hippokrates med sin legeed er allerede trukket fram, men også dokumenter som «Helsinkideklarasjonen fra Verdens legeforening» (1964) har hatt betydning for den norske utformingen. Helsinkideklarasjonen omhandler medisinsk forskning, men den pasient-sentrerte utformingen av deklarasjonen er interessant. Her står det i innledningens pkt 3 at «En lege skal handle utelukkende i pasientens interesse, når det gis medisinsk behandling som kan svekke pasientens fysiske eller mentale tilstand». Vi ser her at den internasjonale kodeksen er «strengere» enn den norske idet kun pasientens interesser skal inngå i vurderingen. Den norske formuleringen innehar en (dog vag) føring om rettferdighet og samfunn, herunder fordelingsrettferdighet av ressurser, slik jeg tolker det. Dette kan være et uttrykk for at de norske reglene er «ærlige» nok til å omtale ressursproblemer eksplisitt. Andre land har ikke ressurser innen helsehjelp som overgår våre. Uansett er det interessant at dette er tatt inn i formuleringen.

2.4 Sanksjonsmuligheter overfor legers vurderinger

Vi kan konkludere denne passasjen med at vurderingen og beslutningen om behandlingsunntak som behandlingsalternativ i det store og hele er legenes ansvar. De skal dog ta pasienten, pårørende og andre faggrupper inn i rådføringen før avgjørelsene fattes. Jeg vil avslutningsvis trekke fram sanksjonsmulighetene Rådet for legeetikk har overfor medlemmer som trækker utenfor de etiske reglene. I Reglementet for Rådet for legeetikk vedtatt av landsstyret for Den norske legeforening (1997) står det i § 12 : «...Rådet...kan...gi legen en reprimande. Videre kan det gis pålegg om at de påklagede forhold beklages og/eller bringes til opphør. Hvis Rådet mener at en lege på en særdeles graverende måte har overtrådt de etiske regler...sendes saken til sentralstyret med forslag om eksklusjon.». I saken som omhandlet pasientbehandlingen av legene Husebø og Sansdalen sto disse mistenkt for å ha overtrådt både legeetikken og gjort seg skyldig i lovbrudd ved aktiv dødshjelp. Den rettslige prosessen endte med idømmelse av henholdsvis påtaleunntak og 2 års betinget fengsel. Flere kilder har dog hevdet at

den moralske reprimande Sansdalen fikk fra Rådet for legeetikk var verre for han enn de juridiske reaksjonene. Jeg tror personlig det kan fremstå mer sårende å bli irettesatt for ens egne dypt moralske vurderinger, enn hva rettsapparatet kan formulere som straff. Dette gjelder ikke minst i Sansdalens tilfelle. I egne øyne hadde han selv erkjent det etiske perspektivet knyttet til livets slutt. Således ble han ikke bare straffet juridisk av andre mennesker uten samme erkjennelse, men reprimanden var også en moralsk korreks innenfor arenaen han selv mente å operere, nemlig etikken.

Kap 3 – en undersøkelse om behandlingsunnløstelse

3.1 Bakgrunn for undersøkelsen

For å illustrere «gråsonene» med eksempler vil jeg kortfattet gjengi deler av en undersøkelse vedrørende behandlingsunnløstelse jeg selv foretok under mitt medisinstudium i år 2000 (veiledet av Reidun Førde). Svarene som ble gitt belyser kompleksiteten i utfordringen legene faktisk står overfor, og resultatene vil igjen gi innspill til sentrale deler av den etterfølgende, etiske diskusjonen. Selve gjengivelsen blir gjengitt rent deskriptivt, idet hovedpoengene først trekkes frem senere.

I undersøkelsen søkte jeg å utforske legers (spesielt) og andre yrkesgruppers moralske vurderinger innen «gråsonene», der jeg gjennom eksempler søkte å bevege overveielene inn i vanskeligere moralsk terreng. Siktemålet var å utforske situasjoner der avgjørelsen ikke er «gitt», og med dette få fram to hovedpoeng. Først ville jeg søke å belyse de verdimeslige føringene de spurte la til grunn for sine vurderinger. Hva var de opptatt av å beskytte? Hvilke egenskaper ved og prognostiske faktorer knyttet til pasienten ville ha betydning i vurderingen av behandlingsunnløstelse? Med dette søkte jeg å avdekke deres syn på begreper som menneskeverd, verdighet og livskvalitet. Dernest ville jeg identifisere faktiske forskjeller i aktørenes vurdering, og da spesielt innenfor legegruppen.

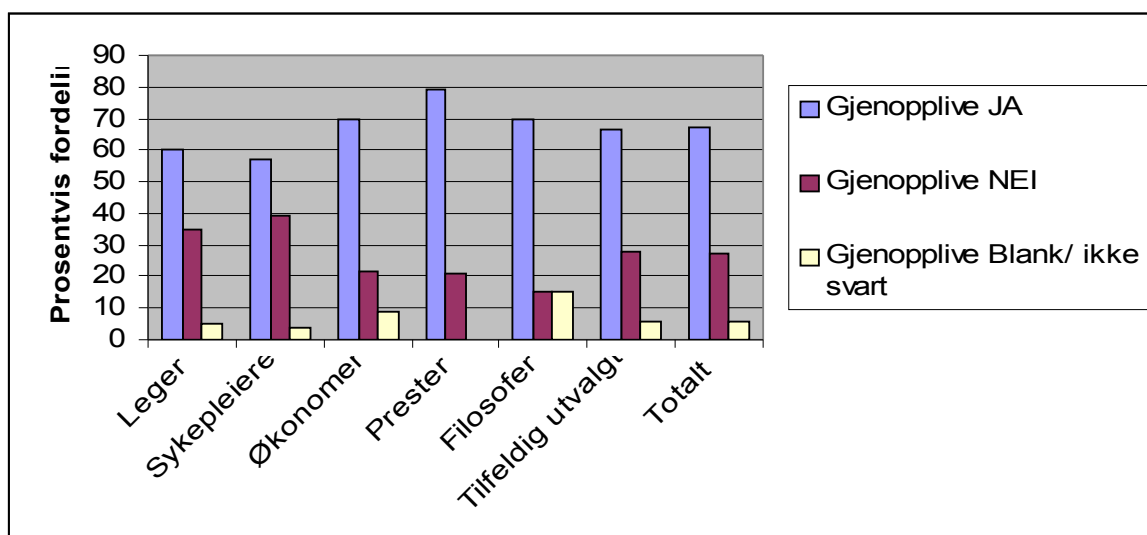
Jeg skildret 4 sanne kasus, hver for seg ikke enestående i sin natur innen problemer helsepersonell står overfor. Spørreskjemaet sendte jeg til 50 leger, 50 sykepleiere, 50 prester, 50 filosofer, 50 økonomer samt 50 tilfeldig utvalgte (TU) fra telefonkatalogen. Alle gruppene ble spurt hvorvidt de ville begynne livreddende behandling dersom hjertene til pasientene stoppet. Svarene fordelte seg noenlunde likt mellom gruppene. Det interessante var at mellom legene kunne svarene være likeverdige fordelt i spørsmålet hvorvidt livsforlengende behandling skulle iverksettes eller ikke. Satt på spissen betyr denne intravariasjonen at det har all betydning om pasientens hjerte stopper på en mandag eller en tirsdag, sett ut fra hvilken lege som er «på vakt» til enhver tid. Dette ga stort rom for undring, og viste et svært divergerende syn på begrepene livskvalitet, verdighet, men også mer grunnleggende divergens på hva menneskeverd egentlig er, og hvordan verd tilkjennes et menneske. Mange hadde tilført

kommentarer i margene på skjemaene. Noen leger stilte seg her undrende til «hvordan dette kunne være så vanskelig», mens andre erklærte at de fant problemstillingen svært relevant.

Jeg hadde også oppfølgingsspørsmål til alle gruppene, samt noen spørsmål vedrørende den aktuelle praksisen til legene alene. Oppfølgingsspørsmålene var dels åpne og dels lukkete. Jeg spurte blant annet åpent om gruppenes syn på livskvalitet, verdighet og menneskeverd. Dette ga svært varierende svar, og jeg vil kun trekke fram de som er aktuelle for denne avhandlingen. Det er verdt å nevne at svarprosenten var på hele 44,3 %, hvilket var mer enn jeg hadde forventet ut fra størrelsen på og tiden det ville ta å besvare spørreskjemaet.

3.2 – 4 kasus fra virkeligheten

3.2.1 - Det første kasuset er en gammel dame, Anna på 86 år. Anna er innlagt med pneumoni (lungebetennelse) komplisert av hjerneslag. Hun vil få lammelser og bli pleiepasient, men trolig beholde sin mentale kapasitet. Fra familien får vi vite at Anna tidligere har vært frisk og særdeles aktiv. Hun går i syklubb hver uke, og tilbringer mye tid med sine fire barnebarn. Familien ytrer et ønske om at Anna ikke må lide unødig. På spørsmål om gjenoppliving ved hjertestans fordelte svarene seg prosentvis slik :

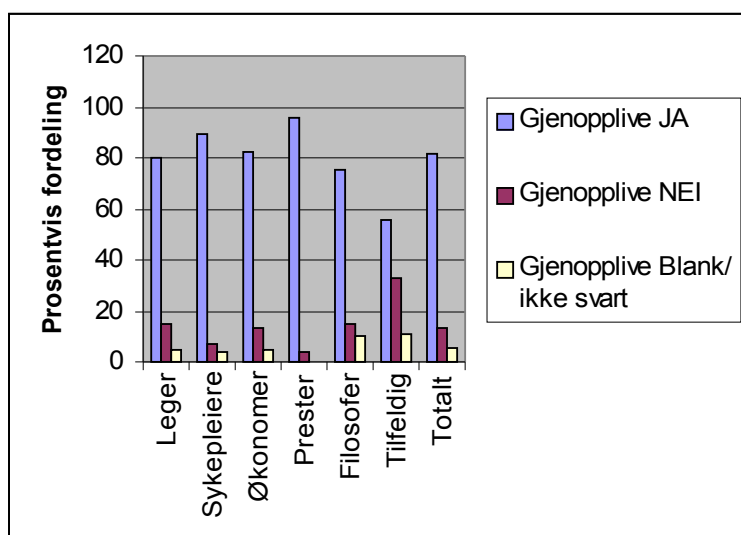


Av momenter som ble nevnt i argumentet for gjenoppliving var det her gjennomgående viktig for alle gruppene at den mentale kapasiteten var bevart. I tillegg var premorbid

helse et viktig aspekt for helsepersonell, og usikkerheten rundt prognosen viktig for legene spesielt. Prinsippet om at alle mennesker skal gjenopplives på bakgrunn av deres ukrenkelige menneskeverd fikk tilslutning særlig blant prestene.

I argumentasjonen *mot* gjenoppliving inntok aldersaspektet en særstilling. Innenfor alle gruppene ble det vektlagt at Annas død kan sees som et ledd i naturens gang, og at dette er en verdig død for henne. Leger og sykepleiere tok også høyde for evt flere skader som ville oppstå under en hjertestans.

3.2.2- Det andre kasuset er en ung dame på 35 år med psykisk utviklingshemming. Sara er fullstendig pleietrengende etter en skade under fosterutviklingen. I tillegg sliter hun med stor overvekt og har dårlige ben, men kan gå over korte avstander. Umiddelbart virker hun «bortreist» på de som ikke kjenner henne. Ordforrådet er svært begrenset og repeterende. Familien og pleiepersonalet forteller at hun har et rikt liv ut fra sine premisser, med mye smil og sang i hverdagen. Hun innlegges med en uavklart situasjon, idet hun har virket fjern og trøtt den siste uka. Personalet har hatt vanskelig for å få kontakt med henne. Det viser seg at hun har utviklet høyt trykk i hjernevæsken (hydrocephalus) grunnet overmedisinering med epilepsimedisiner. Det er ingen nyttilkommen hjerneskade vurdert med avansert bildeteknikk. Hun forventes uansett ikke å leve mer enn 10 år til grunnet hennes dårlige allmenntilstand og vektproblemer. Her ble svarene ang gjenoppliving som følger :



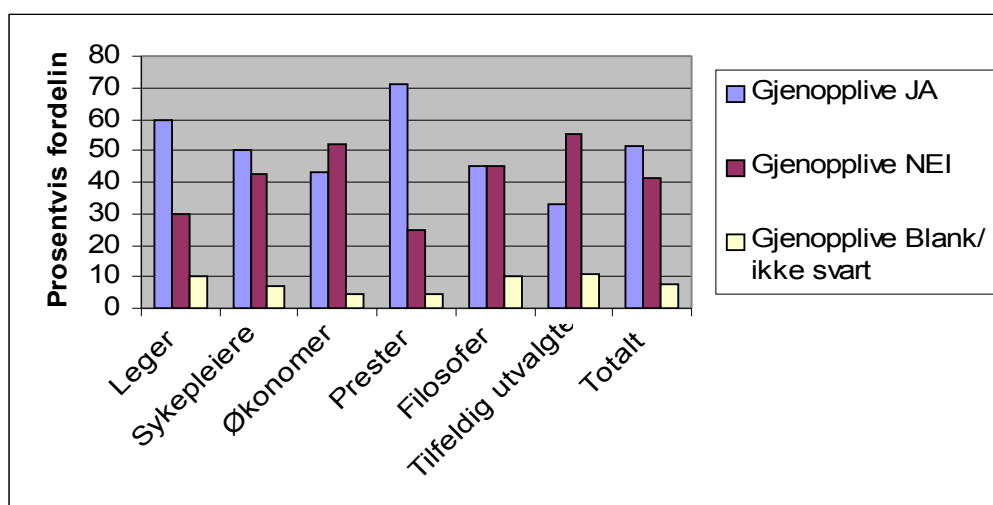
I argumentasjonen for gjenoppliving vant synet på at Sara fremdeles vil ha et godt liv utfra egne premisser størst tilslutning. Ellers sto også prinsippet om Saras ukrenkelige

menneskeverd sterkt, spesielt hos prestene. I tillegg fikk hennes unge alder noe oppslutning. Noen trakk også fram betydningen av at Saras tilstand var en følge av feilbehandling.

Av argumentene mot gjenoppliving fikk «ingenting» størst tilslutning, hvilket selvfølgelig taler for gjenoppliving. Ellers mente mange at Saras premorbide tilstand, og da især hennes psykiske utviklingshemming og behov for pleie, talte mot gjenoppliving. Dette svaret ble gitt i stort monn tross betoningen av hennes «smil i hverdagen». I tillegg fikk Saras dårlige allmenntilstand og sannsynlig reduserte livslengde uansett tiltak i den aktuelle situasjonen stor tilslutning.

3.2.3- Det tredje kasuset er et prematurt barn født i uke 23. Dette er heller ikke en uvanlig problemstilling i norske sykehus. Det er godt kjent at dette disponerer for ulike lidelser som cerebral parese (CP) og milde psykiske utviklingsforstyrrelser. Dagen etter forløsningen viser det seg at barnet har fått hjerneblødning, og dette øker risikoen for at det utvikler CP og andre senskader.

Svarene ang gjenoppliving fordelte seg her som følger :



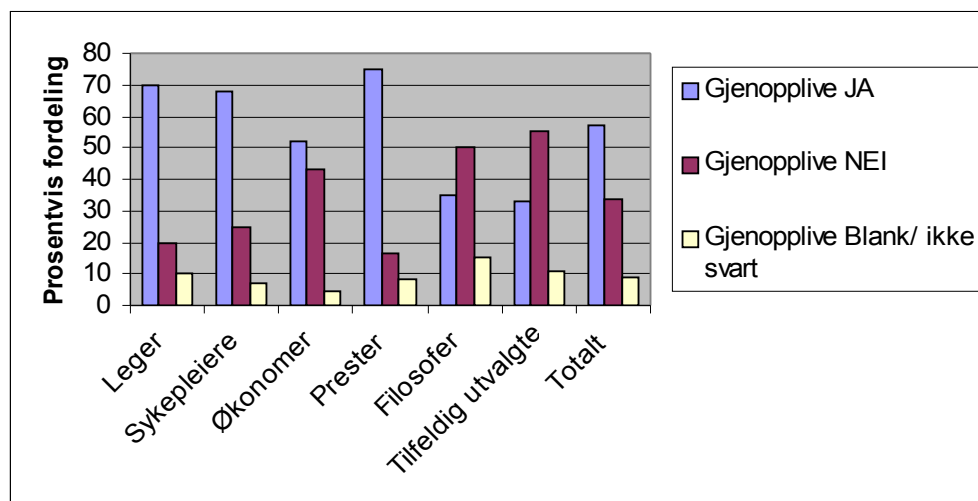
Av argumentene for gjenoppliving fikk usikker prognose, med mulighet for at barnet kan bli helt frisk, størst tilslutning. Ellers sto argumentet om hensynet til familiens ønsker sterkt. Det gjorde også prinsippet om likt menneskeverd med påfølgende «behandlingsplikt» også overfor disse menneskene. I tillegg betonte noen at også de skadede barna kunne få et liv med god livskvalitet.

Blant momentene mot gjenoppliving spredte argumentene seg utover mange punkter.

Argumentet om usikker prognose ble trukket frem også mot gjenoppliving, idet barnet forløp stor risiko for senskader. Av andre punkter verdt å trekke fram var momentene om eventuell smerte og lidelse, nedsatt livskvalitet, samt hensynet til familien. Jeg vil også trekke frem flere som mente at medisinsk kunnskap har kommet «for langt», og at dette nærmest var å anse som en sen abort.

3.2.4- Det siste kasuset er en mann på 38 år med varige lammelser fra nakken og ned etter en bilulykke. Han har sterke og konstante smerter i nakkeregionen, og vil trenge store doser morfinlignende medikamenter hele livet. Fra tidligere har han levd et svært aktivt liv med jakt og dykking, og har 3 småbarn. Potensialet til bedring er fraværende, og han vil forbli pleiepasient resten av livet. Når han våkner på sykehus og fatter alvoret i situasjonen uttrykker han et klart ønske om å få dø.

Her fordelte svarene angående gjenoppliving seg slik :



Hensynet til familien veide tyngst av argumentene for gjenoppliving. Ellers betonte mange, og særlig helsepersonell, at han var i en sjokkreaksjon slik at hans dødsønske ikke kunne vektlegges før senere i forløpet. Til slutt vil jeg trekke frem hans unge alder som et argument flere vektla.

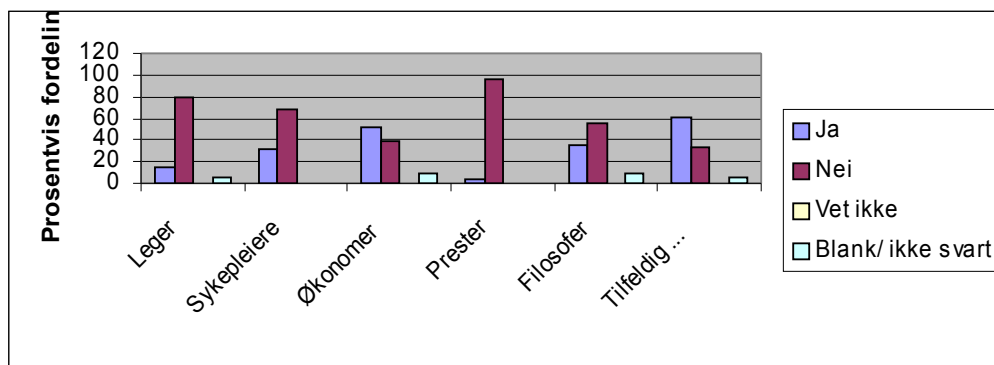
I argumentasjonen mot gjenoppliving fikk hans eget, uttrykte ønske størst betydning. Dette gjenspeiler den sterke posisjonen tanken om *autonomi* (selv-lovgivende) har i vår kultur. Ellers fikk hans forringede livskvalitet stor tilslutning. At gjenoppliving ville videreføre et uverdigg liv for han ble betont av mange. En del la også vekt på hans

smertetilstand med behov for sløvende medikamenter som årsak til å la han dø i fred.

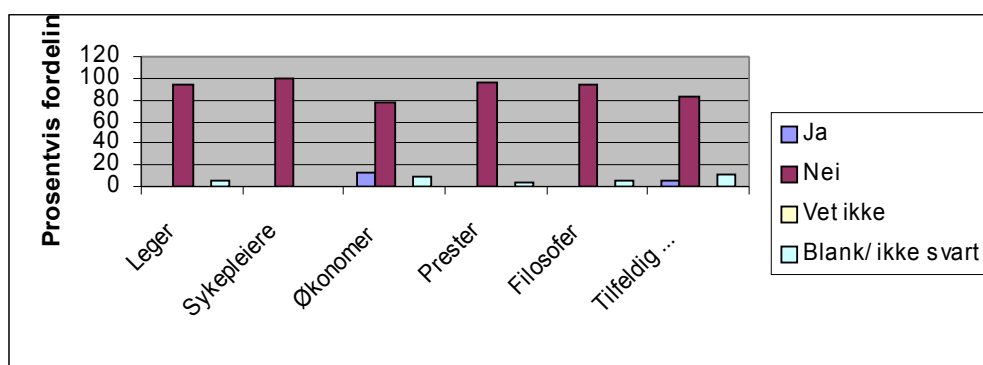
Avslutningsvis i denne gjengivelsen vil jeg trekke frem noen av oppfølgingsspørsmålene. Jeg trekker da fram de av særlig interesse for den påfølgende diskusjonen.

3.3 – Oppfølgingsspørsmål til alle gruppene

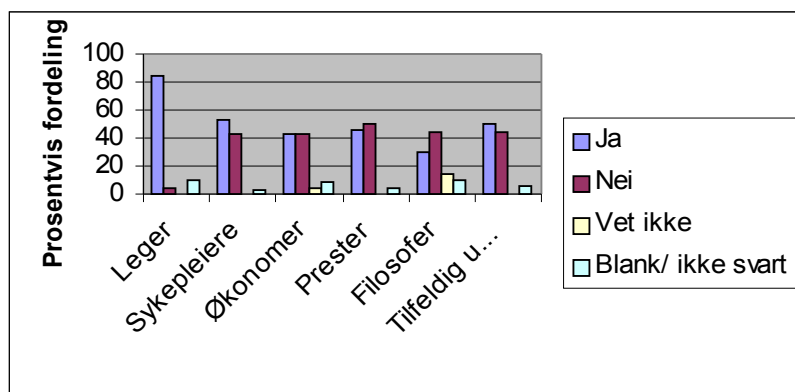
3.3.1 Er tenkeevne/rasjonalitet en NØDVENDIG egenskap for å inneha menneskeverd?



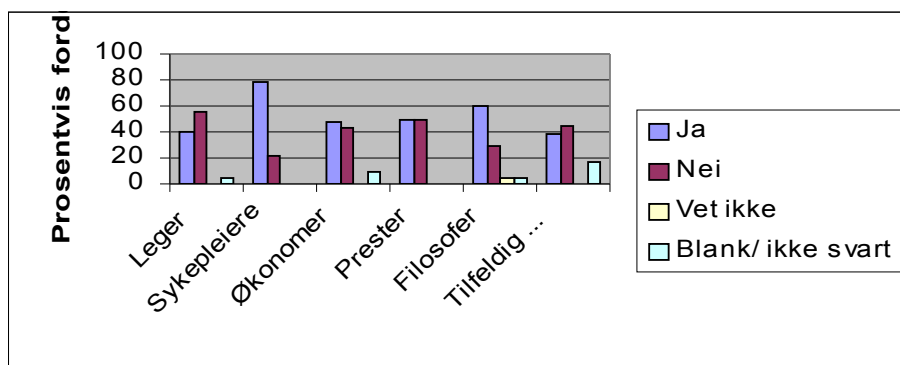
3.3.2 Strekker evidence-based medicine til i disse avgjørelsene?



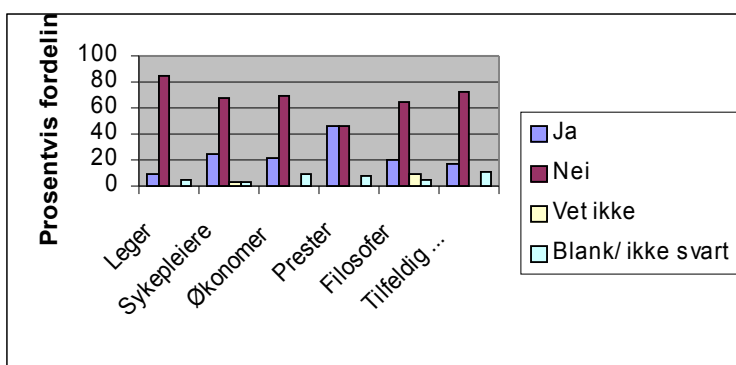
3.3.3 Er legene «kloke nok» til å ta disse avgjørelsene ?



3.3.4 Bør andre faggrupper enn leger trekkes med i avgjørelsene ?

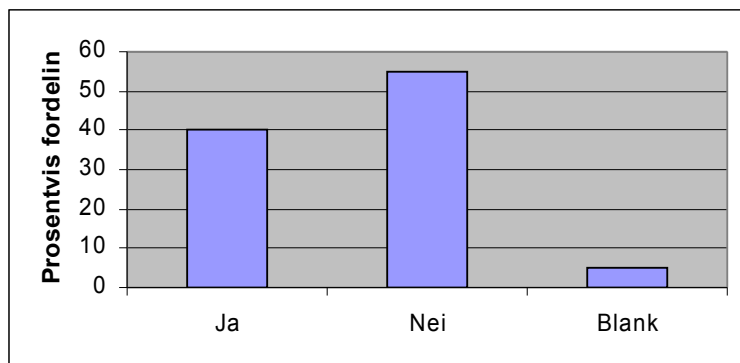


3.3.5 Trenger vi et strengere regelverk for å innskrenke legenes skjønn ?

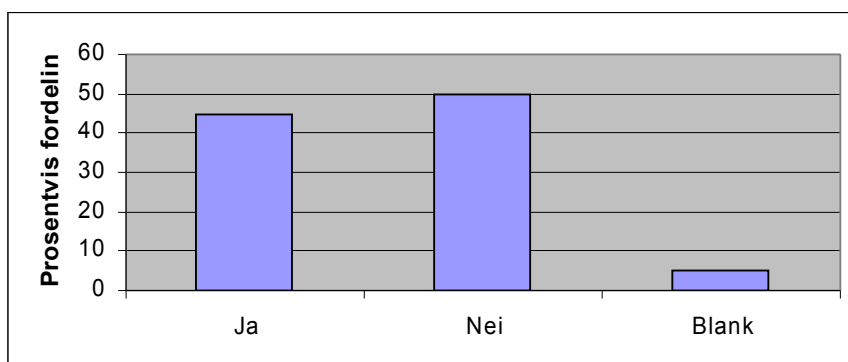


3.4 – Oppfølgingsspørsmål kun til legene

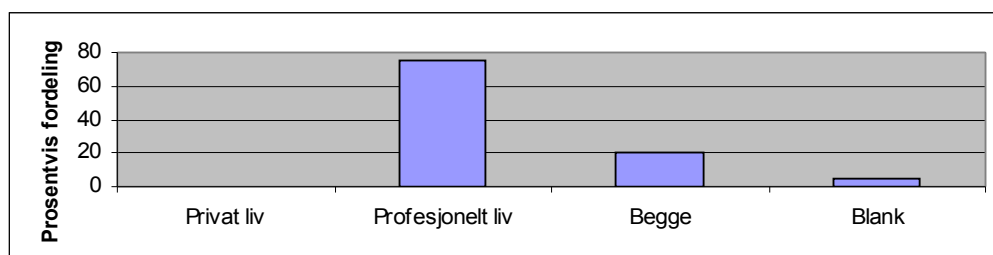
3.4.1 Har du vært engstelig for å komme i en situasjon der du må fatte en slik avgjørelse ?



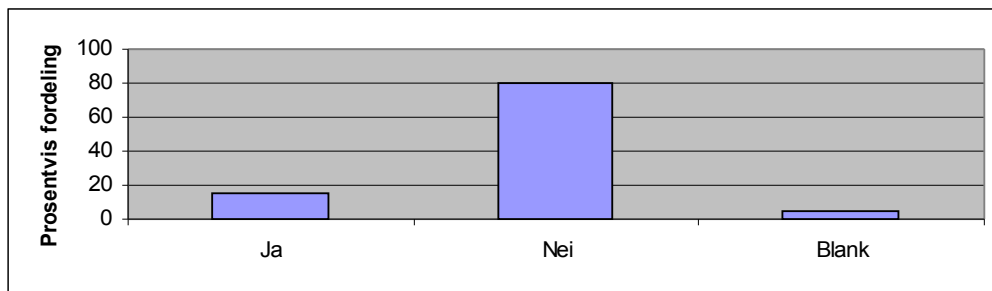
3.4.2 Har du vært redd for kritikk av kolleger eller andre i forbindelse med en slik avgjørelse?



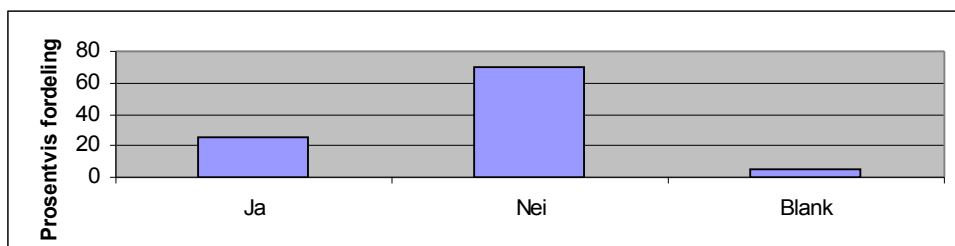
3.4.2 Hvilke erfaringer høster du mest fra når en slik avgjørelse skal fattes, ditt privatliv eller ditt profesjonelle liv ?



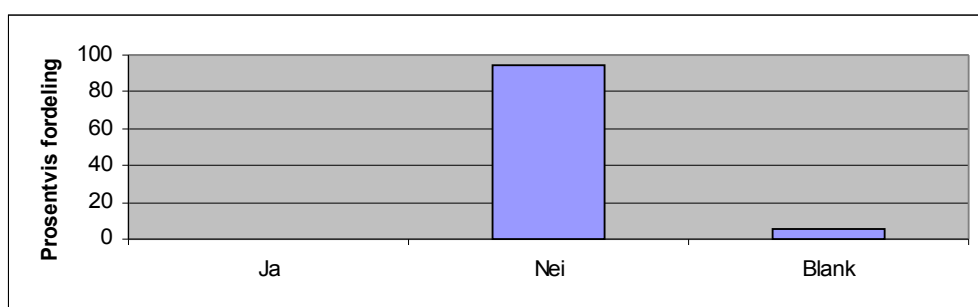
3.4.3 Går det an å lage et regelverk som kvalitetssikrer avgjørelsene, og ivaretar kompleksiteten blant pasientene samtidig ?



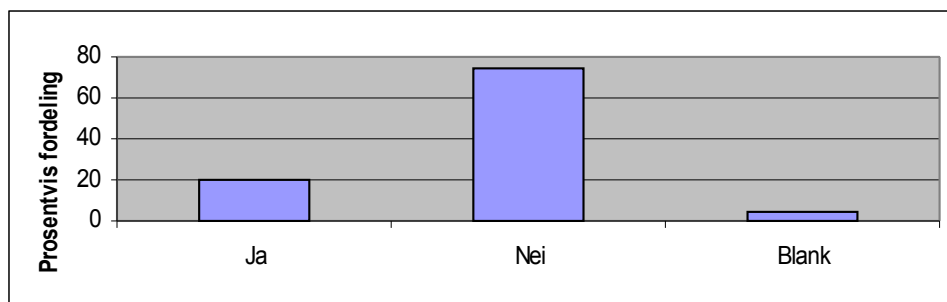
3.4.4 Har du følt deg overgitt, ensom eller alene når slike avgjørelser må fattes ?



3.4.5 Har du angret på en avgjørelse der du ikke gjenopplivet ?



3.4.6 Har du angret på en avgjørelse der du gjenopplivet ?



Med dette avslutter jeg gjengivelsen av undersøkelsen vedrørende behandlingsunntakelse. Mange av svarene nærmest higer etter kommentarer og utdyping. Hvorfor vurderte gruppene, og særlig legene så forskjellig i de omtalte kasesene? Hvordan fattes avgjørelsene? Hva bygger de spurte sine beslutninger på? Hvilket verdigrunnlag bedømmer de ut fra? Og hvor har de ervervet de verdmessige føringene som leder til deres beslutning? Vi vil gjennom avhandlingen trekke på undersøkelsen i diskusjonen som knyttes mot legenes rolle i disse avgjørelsene. Mange interessante nyanser både innad og mellom gruppene vil det likevel ikke være rom for i denne avhandlingen.

For å komme nærmere legenes rolle og et spor mot forbedrete avgjørelser trenger vi nå et moralteoretisk bakteppe. Først når selve handlingen og overveielsen som leder fram mot denne er analysert og verdproblematikken utdypet vil vi nærme oss reflekterte avgjørelser, og det vil vise seg om noe kan anses «riktig» i denne sammenhengen.

Kap 4 - ET MORALTEORETISK BAKTEPPE – Handlingsperspektivet

4.1 Bakgrunn – overveielsens kompleksitet og tosidethet

Slik problemstillingen er skissert foregår den aktuelle overveielser innenfor 2 adskilte arenaer, der begge vil ha stor betydning for valg av handling. To begreper innen handlingsteori må defineres og avgrenses for å skildre dette; *moralsk aktør* og *moralsk status*. Moralske aktører er, slik begrepet peker på, de handlende aktørene i en moralsk sfære. Det er de som treffer valg. Kriterier for å være en moralsk aktør er å inneha rasjonelle evner og fri vilje. Det er først når aktøren har evner til å gjenkjenne et moralsk dilemma, tilegne seg oversikt i situasjonen, samt overveie handling fritt og uten tvang at han er å regne som en moralsk aktør. Kjennetegnende for moralske aktører er at de kan stilles til doms for sine valg og handlinger (og ikke-handlinger ref nødparagrafen). Psykisk utviklingshemmede, alvorlig psykisk syke, senile demente og barn er således ikke aktører i moralsk forstand. Ansvar for deres handlinger hviler på foreldre eller andre med formell eller uformell plikt til å passe på dem.

Moralsk status tildeles vesener moralen er ment å beskytte – normativt gjennom begrensninger på aktørens handlingsfrihet overfor dem. Å ha moralsk status innebærer eksistens av noe beskyttelses-*verdige* : objektet innehar *iboende verdi*. Å inneha moralsk status fordrer rettigheter til moralsk beskyttelse av dette verdet. Disse rettighetene fordrer igjen plikter på de moralske aktørene. Disse pliktene kan være negative eller positive av natur. Et eksempel på førstnevnte er «Du skal ikke drepe», mens positive plikter fordrer krav om aktive handlinger eksempelvis overfor et menneske i nød (ref nødparagrafen).

Tilbake til vår problemstilling vil jeg hevde at vi benytter et rent handlingsteoretisk – nær sagt «handlingsteknisk» - apparat i selve utformingen av handlingen. Ethvert etisk perspektiv på handlinger setter premisser både for *hva* som er siktemålet for en handling, og *i tillegg* hvilke handlingstekniske begrensninger som legges på den moralske aktøren som utformer, beslutter og gjennomfører handlingen. Disse to sidene av en handling (det «handlingstekniske» og siktemålet/verdien) er begge nødvendige å diskutere innenfor enhver helhetlig etisk teori. Men er det nødvendig å diskutere dem i en lovmessig sammenheng ? Jeg mener ikke det.

La meg utdype dette. Hvis vi tar utgangspunkt i en deontologisk tradisjon (av gresk *to deon* – som skal gjøres) utformes regler i form av begrensninger på aktørens handlefrihet. Aktøren skal handle overfor berørte parter slik at hans handling er i tråd med en allmenn lov. Jeg legger her til grunn Kants føring innen Det kategoriske imperativ. Men denne rent handlingstekniske føringen sier intet om *hvem som er de berørte partene*. Sagt på en annen måte: vi tildeles en måte å tenke og handle overfor vår neste, men i dette ligger ikke *hvem* som er den neste. Etter Kants syn er de berørte partene (vesener med moralsk status) sammenfallende med aktørene, men det trenger strengt tatt ikke være slik. Vi kan gjerne tenke oss et pliktetisk perspektiv der også dyr tildeles moralsk status, om enn lavere status enn mennesker. Slik ville en krenkende handling overfor en hund være i strid med en allmenn lov om ikke å krenke hunder. En deontologisk tilnærming til handling per se kan med dette, uten å endres sett fra et rent «handlingsteknisk» perspektiv, benyttes selv om klassen av berørte parter endres. For å oppsummere denne passasjen meget enkelt : det er ingen nødvendig lovmessighet i at moralsk status og det handlingstekniske perspektivet skal diskuteres under samme paraply. Disse temaene kan diskuteres hver for seg.

Og denne tankegangen kan benyttes også innenfor en utilitaristisk posisjon. Den handlingstekniske føringen er innenfor denne tradisjonen å maksimere velferd blant berørte parter. Det handlingstekniske repertoaret er her videre, og krenkelse av enkeltindivider kan forsvares for et større gode. Men hvem de berørte partene er kan også her diskuteres uavhengig av det handlingstekniske perspektivet.

Vi trenger derfor som bakgrunn for å vurdere behandlingsunnlattelse både et handlingsteoretisk terreng å manøvrere i, og *i tillegg* en uavhengig diskusjon om hva enhver etisk overveielse streber mot; siktemålet for handlingen. Det siste vil omhandle hva som er beskyttelses-*verd*ig, sagt noe pompøst: hva som egentlig er moralens prosjekt, og hva denne er ment å favne om. Dette temaet vies et eget kapittel senere i avhandlingen.

4.2 – Deontologi og utilitarisme i møte med det komplekse partikulære

Jeg vil begynne med den handlingsteoretiske arenaen. Innenfor enhver lærebok i etikk begynner avhandlingene med de to allerede nevnte tradisjoner: pliktetikk (deontologi) og utilitarisme. Disse teoriene utgjør de dominerende teoriene i vår kulturkrets, og

levnes naturlig nok stor oppmerksomhet. Ofte settes de også opp mot hverandre for å skildre viktige forskjeller mellom en regelstyrt teori (deontologi) og en teori der målet (telos) gis forrang i handlingens utforming (utilitarisme). Den sistnevnte teorien gir et større «handlingsteknisk» bevegelsesrom for aktøren i tanken om at «målet helliger middelet».

La oss begynne med det deontologiske perspektivet. Denne retningen innehar åpenbare styrker. Normer og regler tildeler aktørene et handlingsrepertoar i moralsk henseende, og setter begrensninger på aktører med ikke-aktverdige hensikter. Gjennom kravet om universalisering blir aktøren utfordret på selve kravet om at handlingen skal kunne «løftes» til en allmenn lov. Aktøren handler stilt overfor kravet om at en handlingsmaksime skal la seg universalisere, med de følger det har for aktørens valg av handling. Dernest vil vi, dersom en handling tolkes som moralsk prisverdig, ha et vurderingsregister i form av en allmenn lov i møte med likelydende moralske valg senere.

Deontologien vil beskytte og favne om objekter med moralsk status. Krenkelse av vesener med moralsk status kan eksplisitt gjøres moralsk klanderverdig. Dette er en styrke ved deontologisk teori. Med dette løfter også deontologien et begrep som menneskeverd til noe absolutt : det skal ikke krenkes under noen omstendigheter. Ingen situasjoner kan rettferdiggjøre en allmenn lov der menneskeverdet krenkes.

Min påstand er likevel at deontologien ikke vil treffe, eller sagt på en annen måte: være tilstrekkelig, innen vår problemstilling. Dette begrunner jeg på tre måter.

Først, enhver handlingsteori som baserer handlingsvalg på generelle betraktninger står i fare for å miste noe essensielt i møtene mellom moralske subjekter og objekter (aktører og vesener med moralsk status). De siste årenes fremvekst av en aristotelisk tankemåte i handlingsvalg spiller nettopp på dette. Hvis vi ser på normen «Du skal ikke drepe» har det sin absolutte relevans som en generell føring der aktørene begrenses i sine handlingsvalg. Men moralske valg innehar mye mer enn deskriptive beskrivelser av handlinger, og utformingen av allmenne lover. Moralske valg omfatter nettopp et *møte* mellom moralske subjekter og objekter. I møtene mellom aktør og innehaver av verd ligger det en moralsk fordring – en appell – objektet presenterer for subjektet i kraft av å være moralsk signifikant (inneha nettopp moralsk status / iboende verdi). Levinas og utviklingen av nærhetsetikken spiller nettopp på dette. Møtene mellom handlende

subjekt og moralsk signifikant objekt tar form av noe aktuelt og pågående, der aktøren må vurdere elementene i *denne* situasjonen, her og nå. For Levinas fordrer Den andre (objektet) en appell, og med det et krav om beskyttelse på aktøren. En generelt og universelt utformet handlingsteori «mister» den inter-personlige siden av et møte mellom moralske parter, i denne diskusjonen mennesker. Denne kritikken kan rettes mot alle universelt utformede handlingsteorier. De «mister» noe av det de skulle beskytte, i denne sammenheng objektets egenart. Og denne egenarten er noe av det som i utgangspunktet fordrer og konstituerer objektets iboende verdi. I prinsippet om universaliserbarhet ligger det allerede noe inter-personlig, i videreført forstand noe u-personlig, og det enkelte objekts særpreg og ønsker tapes av syne.

For det andre kjennetegnes moralske valg ofte av valg mellom verdier. La oss et øyeblikk trekke inn eksempler der det ukrenkelige menneskeverdet (i form av tap av liv) ikke står på spill. Vi kan trekke på elementer innen fordelingsrettferdighet, der flere objekter hevder rett til samme gode. La oss videre tenke oss at objektene har like sterke krav på disse godene. Vi kan tenke oss goder i form av ny jobb eller materielle ting. Deontologien vil i disse situasjonene komme til kort. Der kan ikke formes allmenne lover i likelydende krav om goder. Disse situasjonene fordrer heller et *valg* av aktøren, et valg basert på noe annet enn en allmenn lov. I vår diskusjon har dette relevans der enkeltpasientens situasjon innehar verdier i konflikt. Vi kan tenke oss opprettholdelse av liv som et gode, og en forferdelig smertetilstand som et onde. Stilt overfor en komatøs pasient, uten komparentopplysninger, og med tidspresset hengende over seg, må legen i disse situasjonene foreta et valg mellom moralske anliggender i konflikt. Ingen generelt utformet teori kan gi svaret på dette.

Det tredje argumentet mot deontologiens gyldighet i vår diskusjon omhandler teoriens fokus på det generelle. En handling skal kunne analyseres, gjenkjennes og gjentas i senere situasjoner der elementene sammenfaller med den aktuelle situasjonen. Gjennom utformingen av lover vil aktøren kunne «utlede» sitt valg av handling, slik kravet om en allmenn lov er formulert gjennom Kants kategoriske imperativ. Nå er det ikke en nødvendighet at situasjoner som er identiske i alle moralske henseender gjentar seg for Kant. Stilt overfor et moralsk dilemma er det nok å tenke at aktørens handlingsvalg *skal kunne* løftes til en allmenn lov.

Likevel *tilfører ikke kravet om universaliserbarhet noe retningsgivende i møte med det*

komplekse og partikulære. Fokuseringen på universaliserbarhet stiller krav til aktøren og gir grobunn for etisk bedømmelse av hans handling i etterkant. Men etter mitt syn stopper deontologiens fordeler i møte med det partikulære her. Stilt overfor et partikulært tilfelle står aktøren like «naken» og uten støtte som om han ikke hadde noen teori å stille seg bak. Han har ikke noe annet etisk fundament enn dette å støtte seg til : «Det jeg velger å gjøre nå skal kunne formes til en allmenn lov». I møtet med det partikulære har med dette deontologien ingen andre føringer aktøren kan støtte seg til. Og det partikulære kjennetegnes nettopp ved at det ikke forekommer situasjoner der alle moralske sider av saken er sammenfallende. Med dette kan deontologien heller ikke utlede lover vi kan benytte i etterkant av en handling, for handlingen vil aldri gjentas. Deontologien innehar dermed heller ingen overføringsverdi til senere situasjoner i møte med det partikulære.

Slik jeg skildret problemstillingen innledningsvis kjennetegnes valg knyttet til behandlingsunntak nettopp av stor kompleksitet. Vi så der at enkeltfaktorer kan endres i enhver situasjon for å «vippe» beslutningen mot en motsatt handling (behandling vs behandlingsunntak). Innenfor «gråsonene» kan små endringer i totalbildet lede til dette. I dette perspektivet *vil der aldri forekomme to identiske situasjoner der alle relevante faktorer er sammenfallende*. Sagt på en annen måte: enhver enkeltpasients liv innehar en nærmest uendelig mengde enkeltfaktorer av betydning for legens valg av handling. Disse enkeltfaktorene har sitt opphav i medisinsk-faglige betraktninger som sykkelighet og prognose, men også pasientens personlige og relasjonelle forhold spiller inn. Pasientene er *partikulære*. Kravet om universaliserbarhet treffer derfor ikke i vår problemstilling. Idealet om en handling som konstituerer og identifiserer en allmenn lov er utilstrekkelig i vår problemstilling.

Nå kan det virke som vi har havnet i en diskusjon mellom teleologisk og deontologisk utformet handlingsteori. Det er delvis riktig. Men teleologisk teori forstått som utilitarisme rammes også av punktene knyttet til det generelle og kravet om universaliserbarhet. I vår problemstilling kan det ikke utformes handlingsregler i utilitaristisk ånd for å «utlede» valg mellom handlingsalternativer. Ikke minst passasjen om handlingsvalg der verdier står i konflikt viser dette. Maksimering av velferd som rettesnor, javel, men dette vil ikke rettlede oss i møtet med enkeltpasienter. I tillegg vil naturlig nok kritikken om tapet av det moralske møtet mellom subjekt og objekt ramme utilitarismen. Men utilitarismen rammes også av annen kritikk dersom denne

tradisjonen skulle være førende i vår problemstilling. Idealet om maksimering av velferd for samtlige berørte parter vil lede til at samfunnsinteresser får for stor plass i vurderingene. Satt på spissen kunne utilitaristisk tankemåte fordre oss til å la utallige pleiepasienter dø grunnet ressursknapphet. Det ville stride med tanken om et ukrenkelig menneskeverd å la Sara i eksempelet nevnt over få dø, utelukkende grunnet kostnadene ved å holde henne i live som pleiepasient.

Jeg er klar over at det ikke ytes rettferdighet overfor de to teoriene å avfeie dem som retningsgivende i moralske valg i løpet av få linjer. Likevel ser jeg ikke svaret deontologer som Kant og utilitarister som Mill ville svart i møte med kompleksiteten som nettopp preger enkeltpasienter. Å tilføre skjønnsmessige vurderinger til de to teoriene ville være å bryte med kravene om universaliserbarhet.

Teleologisk tenkning viser seg imidlertid å ha et utspring i seg, dersom dette knyttes til noe annet enn maksimering av velferd. Jeg leder nå an mot dygdsetikken slik den er formulert av Aristoteles i den Nikomatiske etikk. Aristoteles legger særlig vekt på overveielsene aktøren skal gjøre. Han fokuserer på situasjonens nøyaktige karakter, forstått nettopp som dens partikularitet. Aktøren må avgjøre hvilken dyd som kreves i akkurat denne situasjonen, og kanskje ikke i noen annen tidligere erfart sådan. Snarere enn å hevde retningslinjer og føringer aktøren skal rette seg etter i sine handlingsvalg, utleder Aristoteles gjennom sine dyder og utforming av klokskap en *evne* aktøren besitter i møte med moralske valg. Det er allerede nå verdt å nevne at fokuseringen på det partikulære har vært trukket frem som en svakhet ved Aristoteles' etikk. Han har møtt kritikk for ikke å kunne heve enkeltvurderinger til allmenne, universelle lover. Innen vår problemstilling fremstår dette som en styrke.

Ved siden av den handlingstekniske gevinsten ved å kunne vurdere enkelttilfeller, vil Aristoteles også tilføre noe annet til vår problemstilling. Hans omtale av og inndeling av intellektuelle dyder klargjør også begrensningen evidence-based medicine møter i vurderingen av behandlingsunntattelse. Jeg vil derfor gi en kortfattet utredning av helheten i Aristoteles' dygdsetikk.

KAP 5 - ARISTOTELES

5.1 Bakgrunn

Aristoteles skrev sitt etiske hovedverk Den Nikomatiske etikk (i det følgende NE) på 300-tallet før Kristus. Gjennom dette verket, supplert av De Anima (Om Sjelen), foretar han utredninger av sjelen og de menneskelige fornuftsformene. Han deler først sjelen inn i tre hoveddeler. Evnen til ernæring og opprettholdelse av liv (et vegetativt liv) har vi felles med alle livsformer inkludert planter. Videre deler vi med ikke-rasjonelle vesener (i første rekke dyrene, men denne klassen utvides utover dette forstått i streng filosofisk forstand) to former for begjær (Orexis) : Thymos (forstås som behov for selvoppettholdelse) og appetitt. Likevel er det først når rasjonalitet og fornuft bringes inn i sjelsbegrepet at *handlinger* kan utføres. Disse evnene er det kun mennesker blant kjente levende vesener som innehar, og det er derfor bare mennesker som deltar som handlende vesener i den moralske sfæren. Sagt på en annen måte; bare mennesker med intakt rasjonalitet er moralske aktører.

Det er et sentralt trekk ved Aristoteles' argumentasjon at han begynner sine betraktninger med gitte sannheter og oppfatninger (Endoxa); respektable oppfatninger alle reflekterte athenere ville slutte seg til. Han bringer allmenne oppfatninger «til torgs» for analyse, hvilket igjen medfører at oppfatningene enten må forkastes, revideres eller tildeles sannhet. Ved refleksjon og analyse gir han sin tilslutning til et sett av oppfatninger som gjennom induksjon leder til mer komplekse teorier.

Som nevnt ovenfor har han møtt kritikk for ikke å utforme generelle retningslinjer for hvordan en moralsk aktør skal handle i en gitt situasjon. Styrken i hans teori er at en aktør med fullkommen «dyd» alltid vil være rustet til å finne den beste handlingen i møte med partikulære tilfeller. Dette favner kompleksiteten blant moralske dilemmaer vi som moralske aktører kan stilles overfor. Han klargjør hvilke egenskaper en aktør besitter og tar i bruk for å overveie i en gitt situasjon. Gjennom dette utforsker han hvordan en handling besluttet ved nøye overveielser der karakterdyder og intellektuelle dyder er sentrale i handlingens utforming. Aristoteles deler med dette den menneskelige tenkeevne inn i en rasjonell og en ikke-rasjonell del. Samspillet mellom disse dydene er essensielle i den aristoteliske handlingssfære. Jeg vil først omhandle de intellektuelle

dydene, før jeg kompletterer bildet av den aristoteliske handlingssfære med omtale av karakterdydene.

5.2 – Aristoteles og intellektuelle dyder

De rasjonelle evnene omtales som intellektuelle dyder. Det er likevel viktig å skille mellom dyder og rasjonelle evner. Dyder omfavner noe mer, idet dyd også gjenspeiler riktig bruk av evner. Hver fornuftsform har således hver sin dyd.

De rasjonelle evner vil ifølge NE (bok 6) kunne deles inn i fem deler. Disse vil kalles teknisk kunnen, klokskap, viten, fornuft og visdom. De nevnte evner reduseres så til tre egentlige evner, idet visdom viser seg å omfatte viten og fornuft. De tre rasjonelle evnene utgjør dermed: visdom (Sofia), teknisk kunnen (Techne) og klokskap (Phronesis). Visdom vil utgjøre vår teoretiske fornuft, mens teknisk kunnen og klokskap i fellesskap vil utgjøre vår praktiske fornuft (Praxis).

5.2.1 – Visdom (Sofia)

Jeg vil kort omtale vår teoretiske fornuft som distinksjon til den praktiske fornuft. Viten omhandler nødvendige og uforanderlige sannheter. Som eksempel vil jeg nevne kunnskaper innen matematikk. At $2 + 2 = 4$ vil være sant i enhver fysisk verden, og er med dette en (i Kants terminologi) *analytisk a priori* (før erfaring) sannhet uavhengig av tid og rom. Det er et karakteristikum for vår viten at den omhandler partikulære enheter. Fornuft omfatter en rasjonell evne som er i stand til å identifisere bakgrunnen og forutsetningene for vår viten. Vår fornuft vil med dette ha forståelse for universelle sammenhenger. Aristoteles benytter teorier om induksjon og deduksjon til å vise sammenhengen mellom enkeltstående viten og universelle, bakenforliggende sammenhenger. Deduksjon er utredning av det partikulære fra det universelle, og induksjon vil si å gå fra det partikulære til det universelle. Dette gjenspeiler relasjonen mellom viten og fornuft. Visdom utgjør eksellent forståelse av viten og fornuft. Visdom må med dette forstås som en intellektuell dyd som innbefatter fullstendig forståelse av nødvendige sammenhenger. Dette gjelder både innenfor det universelle (fornuft) og det partikulære (vitene) :

«Det er således klart at visdom er den mest perfekte form for viten. Den vise må selvfølgelig ikke bare ha viten om det som følger av utgangspunktene, men også

kjenne sannheten angående utgangspunktene. Således må visdom være fornuft og viten, liksom en hovedviten om det mest verdifulle.» (NE, 1141a16-1141a20).

Visdom vil ha begrenset nytteverdi i vår moralske handlingssfære. I NE (1141b4-1141b8) omtaler Aristoteles to distingverte herrer, Anaxagoras og Thales. De har tross all sin visdom ikke kjennskap til sitt eget (eller andres) beste, og deres kunnskap er med dette «...superhuman – but useless...» (NE 1141b8). Ari fremholder at en aktør uten visdom kan utføre riktige handlinger selv om han ikke kjenner de bakenforliggende årsakene til dette (NE 1141b17-21), som en blind høne kan finne korn.

5.2.2 – Teknisk kunnen (Techne)

Teknisk kunnen (Techne) retter seg mot den fysiske verdenen, rettere sagt mot det *foranderlige*. Objektene her er gjenstander der menneskelig inngripen kan skape endring. For Ari er det her sentralt at emnene som omfattes av Techne av sin natur kunne vært annerledes. Nødvendige sammenhenger og det uforanderlige har dermed ingen plass innen Techne. Nærmere avgrenset omhandler Techne evnen til å skape et ytre objekt, og forstås med dette som kunnskap innen produksjon og teknisk viten. Målet for Techne er et produkt, og kun det. Evnen til å frembringe dette produktet i vår fysiske verden gjenspeiler utøverens kunnen eller kyndighet i sitt fag. I dette ligger også innsikt i og kunnskap om hvordan den fysiske verden er bygd opp, og naturlige prosesser som foregår spontant og kontinuerlig i den fysiske verden.

For å skape et produkt må utøveren vise innsikt rent deskriptivt, i den forstand at han må kunne kjenne egenskapene ved og beskaffenheten til objektet som er gjenstand for endring. Deretter må han ha innsikt i og ferdigheter til å initiere og fullføre endringen til et ferdig produkt. Ari nyttiggjør i omtalen av Techne eksempler innen forskjellige emner som byggekunst. Snekkere, rørleggere og elektrikere handler alle innen arenaen Techne omfatter.

Men, kunnskapen om vår fysiske verden, herunder naturlige prosesser, samt evnen til å initiere endring vil også omfatte medisinsk fagkunnskap i tradisjonell forstand.

Anatomi, fysiologi, patologi og farmakologi er alle eksempler på tradisjonell medisinsk kunnskap. Objektet som er gjenstand for endring er i denne sammenheng pasienten, sykdommen et uttrykk for ubalanse innen naturlige prosesser, og behandlingen

pasienten kan få utgjør legens handlingsregister for å fremskaffe det ferdige produktet; et friskt menneske der balansen i naturlige prosesser er gjenopprettet.

Det skinner sikkert klart gjennom hva jeg ønsker å komme til med dette. Evidence-based medicine, med sin utforming innen forsøk i den fysiske verden, forskning som skal kunne reproduseres osv, innehar *hele sitt nedslagsfelt* innen Techne. Det er her medisinsk forskning kan hevde berettigete svar på spørsmål, og det er derfor Evidence-based medicine møter sin begrensning i møtet med vår problemstilling. For med kunnen i produksjonskunnskap ligger ingen føring, ingen kunnskap og ingen berettigete utsagn om hvilke produkter som er skapelses-*verdige*. Techne er blind for verdimeslige føringer, og krever støtte fra annen type kunnskap for at produksjonen skal rettes mot noe verdi-fullt. Techne avgrenses til *hvordan* et produkt kan fremskaffes, men ikke *om* det skal fremskaffes.

5.2.3 – Praktisk Klokskap (Phronesis)

Vi kommer med dette til Aristoteles' andre del av Praxis – vår praktiske fornuft. Denne intellektuelle dyden bærer begrepet Phronesis, oversatt som *praktisk klokskap*. Klokskap utgjør en av de mest sentrale deler av Aristoteles' etikk. Det er Phronesis som utgjør den rasjonelt aktive del i en etisk overveielse. Det er denne evnen som, når et gode eller begjær er identifisert, vil vurdere om godet/begjæret kan oppnåes og er verdt å tilstrebe under disse forutsetningene på dette tidspunktet for dette mennesket. Selve vurderingen tar form av en *overveielse*. I denne prosessen identifiseres først målsetningen – telos. Deretter former aktøren mulige handlingsveier mot målet. Dersom der trengs flere påfølgende handlinger for å oppnå målet må aktøren se for seg handlingskjeden i motsatt rekkefølge av utførelsen (retrograd vurdering). Det kjennetegner et klokt menneske at det utfører gode overveielser – handlingene er *vel-overveid*. Denne overveielser vil føre til en beslutning om å handle eller ikke handle, gjennom klokskap «...according to the correct prescription» (NE 1138b25).

I likhet med Techne omfatter Phronesis' arena forhold som er gjenstand for forandring, og ikke er nødvendige. Til forskjell fra Techne vil Phronesis utøves riktig ikke bare sett ut fra hva handlingene medfører, men også sett ut fra handlingen i seg selv. Gjennom klokskap vil vi vurdere om målets verdi kan rettferdiggjøre midlene vi må benytte for å oppnå målsetningen. Aristoteles fremholder også at utøvelse av dyd, her forstått

gjennom utøvelse av Phronesis, er lykke i seg selv.

Phronesis utvikles gjennom *erfaring*. Aristoteles bemerker at unge mennesker ennå ikke kan ha utviklet klokskap, nettopp grunnet deres mangel på erfaring (NE 1142a13-17). Gjennom å vurdere stadig flere moralske handlingsdilemmaer vil vi utvikle stadig mer kyndighet og fintfølelse i våre overveielser; vi vil vurdere «riktigere» fra gang til gang. Aristoteles vektlegger at man skal lytte til erfarne og eldre mennesker. Betydningen av dette illustreres av sitatet (NE 1143b10-14) :

«Således bør vi ta hensyn til de erfarnes og eldres eller de klokes ubevisste utsagn og antagelser, og ikke akte dem mindre enn bevisene. For de har ut fra erfaring fått et øye som ser rett».

Gjennom modning vil man kunne erverve stadig mer klokskap, og fatte bedre beslutninger. Livet er en kontinuerlig læringsprosess, og så lenge våre intellektuelle evner er intakte vil vi kunne utvikle stadig større grad av klokskap.

Vi ser at dette har implikasjoner for vår problemstilling. Slik Aristoteles utformer det er erfaring nødvendig for å utvikle klokskap og fatte beslutninger innenfor en arena. Og hvem andre enn leger vil kunne tilegne seg erfaring i møte med døende mennesker ? Aristoteles retter her kraftig støtte til at det er leger som bør fatte beslutninger om behandlingsunntakelse. Etter mitt syn bygger dette likevel på noen viktige forutsetninger. Dette vil vi komme tilbake til.

De tre fornuftsformer vil med dette omfatte både vår praktiske og vår teoretiske fornuft. Distinksjonen mellom praksis og teori – deres nedslagsfelt innen det foranderlige og det uforanderlige – har implikasjoner også overfor våre overveielser. For, som Aristoteles selv sier, ingen overveier ting de likevel ikke kan gjøre noe med. Dermed overveier ingen innen teoretisk fornuft. Men det følger også av dette at vi kun overveier de mål som er tilgjengelige for oss gjennom handling. Jeg nevnte tidligere to former for begjær vi deler med dyr. Aristoteles nevner en tredje form for begjær, nemlig ønsker (Boulesis). Også disse kan tilstrebes, men kun dersom de er tilgjengelige. Ingen med sine rasjonelle evner intakt utfører handlinger eksempelvis for å oppnå udødelighet, selv om mange kunne ha et ønske om å oppnå dette. Vi beveger oss med dette over i hvilke ønsker – hvilke mål vi setter oss, og fortsetter utredningen av den aristoteliske handlingssfære med omtale av karakterdydene.

5.3 – Aristoteles og karakterdyder

Karakterdydene utgjør de *ikke-rasjonelle dydene*. For Aristoteles utgjør disse en nødvendig del av våre valg. De gjenspeiler vår etiske grunnholdning og er med i utformingen av våre handlinger. Vi oppdras til å oppfatte visse grunnleggende holdninger som retningsgivende og begrensende på vårt handlingsregister, og disse vil utgjøre våre etiske disposisjoner. Av viktige dyder her kan nevnes mot og måtehold, men også dyder rettet mot anerkjennelsen av andre veseners ve og vel, som barmhjertighet og rettferdighet. Rettferdighet er den viktigste av karakterdydene, og utøvelse av generell rettferdighet anses å omfatte «hele dyden». De øvrige karakterdydene karakteriseres ved det kjente aristoteliske begrep «Den gyldne middelvei». For å illustrere dette skal man opptre passe modig og passe måteholdent, for å utvise eksellent dyd. Aristoteles formulerer det slik (NE 1109b3-1109b8) :

«Men vi må undersøke hvilke ting vi selv har hang til. For noen er anlagt slik, andre slik. Det kan vi erfare på grunnlag av den nytelse og den smerte som oppstår i oss. Man bør slepe seg bort henimot den motsatte tilbøyelighet. For når vi fjerner oss langt fra den feilaktige tilstand, vil vi oppnå midten, slik man gjør når man retter ut krokete trestaver.».

Nå er den gyldne middelvei et vanskelig om ikke umulig mål å sikte mot for en enkelt aktør. Derfor innfører Aristoteles et aspekt av persepsjon, idet den gyldne middelvei karakteriseres av handlingen den eksellente utøver av dyd ville inneha i en gitt situasjon. I det antikke Athen fremsto statsmannen Perikles som idealet på den eksellente utøveren av dyd. Der det kun finnes en riktig handling finnes det uendelige muligheter til å ta feil: «De gode er gode på en måte. De slette er slette på mange» (NE 1106b35). Og han fremhever at rett vurdering avhenger av det partikulære i situasjonen (NE 1109b23).

Karakterdydene formes i oss gjennom *habituering*. Vi kan erverve den ytterst mulige fullkommenhet av karakterdyder gjennom utøvelse og repetisjon av riktige handlinger. Slik formes karakterdydene i individet. Aristoteles vektlegger spesielt en god oppdragelse i denne prosessen. Han uttrykker dette klart i andre bok av NE (1103b23-26) :

«Så det har ikke liten betydning at vi straks fra ungdommen av vennes til å gjøre slik eller slik; det betyr tvert imot svært meget, ja alt.».

Det er også viktig å nevne at karakterdyder kan modifiseres og endres gjennom livet. Dette skjer under konstant interaksjon med phronesis, der karakterdydene i seg selv gjøres til gjenstand for vurdering. Dermed endres vår etiske grunnholdning. Dette betones av Sarah Broadie (i forord til NE) der hun hevder følgende : «dersom man finner fornøyelse i en spesiell ting, men finner denne tingen å være gal eller feil, bør man enten dra konklusjonen at ens oppfatning om et gode er feil, og prøve å forbedre denne, eller endre syn på tingen og ikke nekte seg denne». Denne endringen som kan foregå, der vår etiske grunnholdning modifiseres gjennom aktiv rasjonell tankevirksomhet, kan også sammenlignes med Charles Taylors teorier om *annen-ordens ønsker*. Her hevder Taylor at vi kan ønske hva vi skal ønske, og med det forme våre etiske disposisjoner og grunnholdning.

Karakterdydene vil som grunnholdning være den aktive retningsgiver for hvilke goder som skal tilstrebes, og med dette retningsgivende for våre verdisyn. Aristoteles er klar på at etikk omhandler etterstrebelen av goder for mennesker. Han beskriver det ypperste gode – Eudaimonia. Dette er uforbeholdent godt og helt, og vil ikke gjøres bedre ved tilførsel av ytterligere goder. Han beskriver videre tre sfærer vi kan definere goder innenfor; det nytelsesfulle, det nyttige og det fine (kalon). Det første omhandler fysisk nytelse gjennom tilfredsstillelse av vår appetitt. Et liv preget av streben mot slike goder, kjennetegnet ved eksterne goder og nytelse, beskrives som mindre godt enn de påfølgende. Dette skyldes at de har et dyrisk og bestialsk preg over seg, når godene ettertraktes utover måtehold og det som er nødvendig for opprettholdelsen av liv, rasjonalitet og dermed etterstrebelen av de høyere godene. De høyere formene for et godt liv utgjør nemlig mental aktivitet innen det politiske og det reflekterende liv. Av disse er et reflekterende, kontemplativt liv det ypperste. I dette er vi nærmest selvrealisering og guddommelig eksistens. Med tilnærmet fullkommenhet innen denne arenaen vil vi nærme oss Eudaimonia – det ekte, uforbeholdent gode liv.

5.4 Den aristoteliske handlingssfære

En handling vil med dette arte seg slik i aristotelisk forstand; vi identifiserer et gode, begynner å overveie hvorvidt dette godet er verdt å tilstrebe under de gitte forutsetningene, og beslutter å handle/ikke-handle for å oppnå godet. Overveielserne utføres via vår klokskap, Phronesis. Vi utformer mulige handlingsveier til målet, og

gjennom dette oppstår flere mulige handlingsveier. Når den beste kjeden av handlinger er identifisert vil klokskapen og karakterdydene i samspill vurdere om handlingene som leder til målet er etisk akseptable. Dersom handlingene medfører tilstrekkelig uønskede konsekvenser i tillegg til oppfyllelsen av målet, må tilstrebelen av målet forkastes. På den annen side besluttes det å handle overfor målet dersom den enkleste og beste handlingsrekken er akseptabel med tanke på øvrige konsekvenser av handlingen. Aristoteles har også et eget kapittel der han omhandler begrepet 'skjønn' (NE VI.11). Skjønn sees her som evnen til å avgjøre hva som er rimelig i en gitt situasjon. Godt skjønn gjenspeiler klokskap for Aristoteles (NE 1143a29-33).

Det er verdt å nevne at det for Aristoteles er kjennetegnende for en slett aktør at målene er lite aktverdige eller overveielserne utilstrekkelige. Dette kan enten skyldes mangelfullt utviklede karakterdyder, hvilket vil forstyrre vårt verdisyn, eller det kan skyldes mangelfullt utviklet klokskap. Det siste viser seg enten ved at overveielserne ikke er klarsynt eller ved at de avsluttes for tidlig. Det er karakteristisk for den gode overveielserne at alle muligheter og aspekter vedrørende situasjonen bringes inn i betraktningene. Og dette vil aktøren først gjøre når han oppfatter situasjonen som «viktig», idet den representerer et moralsk dilemma. Aktøren skal «vekkes», og overveielserne mot handling iverksettes der situasjonen krever det. Aristoteles hevder ikke at aktører skal overveie enhver fysisk handling. Noen bevegelser er åpenbart riktige å utføre, som å sette en fot foran den andre når vi går. Disse ukompliserte bevegelsene utføres ikke best ved overveielser, men kjennetegnes ved spontanitet. De er ikke egentlige 'handling'. Begrepet 'handling' er avgrenset annerledes i vår diskusjon idet handlinger gjenspeiler aktivitet i en moralsk sfære.

En moralsk sfære karakteriseres ved flere forhold. Jeg vil trekke frem identifiseringen av et verdivalg som sentralt i denne avgrensningen. Overveielser skal tre i kraft i forkant av alle handlinger som tilstreber høyere goder eller fraviker under, idet etikk handler om streben mot et godt liv for Aristoteles. Goder kan representere enkle nytelsesfulle ting mens under kan representere uhensiktsmessig smerte og tap av liv. Det største moralske dilemmaet oppstår når forutsetningen for høyerestående goder står på spill gjennom mulig tap av liv. Våre beslutninger og handlinger vil synliggjøre våre verdisyn, og godene kan besluttes overfor på vegne av oss selv eller andre. Dette har aktualitet også for vår problemstilling. Leger må ha aktverdige mål i form av et reflektert verdisyn. I

tillegg må de bruke tiden det tar å vurdere situasjonen slik den påkrever. Det siste punktet fordrer at situasjonen erkjennes som et moralsk dilemma, og at supplerende opplysninger innhentes der det er nødvendig.

Forskjellen på en god og en riktig handling bør også nevnes. Enhver aktør, uavhengig av sin moralske kompetanse, kan komme til å utføre en riktig handling. «Selv blind høne kan finne korn», slik vi så ovenfor under omtalen av Anaxagoras og Thales. Men det er først når handlingen utføres av riktige årsaker, for årsakenes skyld og med den rette meningen at handlingen kan karakteriseres som god. En god handling kjennetegnes dermed både av årsakene til en handling og måten handlingen utføres.

Gjennom sin henvisning til gitte idealer anskueliggjøres fullkommenhet innen karakterdyder og intellektuelle dyder. En eksellent utøver av handlinger utviser den ypperste grad av moralsk kompetanse. Denne kompetansen viser seg både gjennom verdivalg og identifisering av goder gjennom karakterdyder, men også gjennom fullkommen modning av ens Phronesis gjennom erfaring. Samspillet mellom karakterdyder og Phronesis er fullstendig utviklet når mål identifiseres og overveielse utføres slik en eksellent person ville utføre dette. Det sistnevnte, slik en eksellent person ville utføre det, er et normgivende dog sannsynligvis uoppnåelig ideal innen aristotelisk argumentasjon. Det Aristoteles viser oss er likevel at vi som aktører til enhver tid kan tilstrebe økt klokskap, og med det bedre overveielser og handlinger.

5.5 – Behandlingsunntakelse og aristoteliske overveielser

Etter denne omtalen av dygdsetikken slik den er utviklet av Aristoteles vil jeg fortsette med å spørre : har dygdsetikken relevans i vår problemstilling ? Sagt på en annen måte, vil denne teorien hjelpe oss i disse valgene ?

En forutsetning for dette er at teorien kan belyse og utdype handlingsrommet i situasjoner der behandlingsunntakelse er et handlingsalternativ. Teoriens nedslagsfelt må favne om og gi veiledning i handlingsvalget *slik dette valget presenterer seg*.

Det sistnevnte, slik valget presenterer seg, kan vise seg å utgjøre et problem. Jeg tenker her på tidspresset legene møter i akutte situasjoner. Aristoteles gir med sin dygdsetikk et handlingsregister som bygger på *overveielser*. Dette krever tid for aktøren til nettopp å overveie sine handlingsmuligheter. For å belyse dette problemet vil jeg dele vår problemstilling i to, der utformingen av handlinger adskilles på et viktig punkt. I

situasjoner der legene har tid til å innhente opplysninger fra komparenter (påørende eller andre med relevant informasjon om pasienten), rådføre kollegaer og andre, og til slutt tenke seg godt om (overveie) på sitt kontor kommer dygdsetikken til sin fulle rett. Handlingsvalget bygger her på en aristotelisk overveielse. Men det opptrer noe annet i møte med akutte situasjoner. Her er ikke tid til aristotelisk overveielse. Legen kommer her i en konflikt mellom det rent pragmatiske, kjølig beregnende, og muligheten for etiske overveielser. Likevel har jeg den sterke formening at dygdsetikken vil kunne gi støtte også i akutte situasjoner. Jeg vil utdype dette ved å vise til en undersøkelse og et tenkt kasus i følgende avsnitt.

Jeg vil benytte en undersøkelse utført ved akuttmedisinsk avdeling, Ullevaal sykehus på slutten av 1990-årene. Jeg har ikke referanse på undersøkelsen idet den bygger på muntlig overlevering til meg, men jeg har ingen grunn til å mistro undersøkelsens opphav. Uansett opphav gir hovedpoenget fra undersøkelsen viktig innspill til vår diskusjon. Selve undersøkelsen rettet seg mot «9-bilen» i ambulansetjenesten. Dette er den eneste ambulansen i Oslo bemannet av lege (anestesilege).

Siktemålet for undersøkelsen var å kartlegge de dominerende predikatorene for valg mellom behandlingsunnløst og iverksetting av resuscitering. En av de mest fremtredende enkeltfaktorene for legenes handlingsvalg viste seg å være om det luktet urin i pasientens omgivelser. Urinlukt medførte hyppigere valg av behandlingsunnløst.

La meg illustrere hvordan legenes svært forkortede overveielser kan fortone seg i en akutt situasjon. Legen og ambulanspersonale mottar en nødmelding om hjertestans i en privatleilighet, og rykker umiddelbart ut. De kjører med blålys og sirener i høy fart i retning pasientens adresse. Dersom kjøreforholdene tillater det mottar legen supplerende opplysninger om pasienten på vei til pasienten. Legene kjører sjelden bil selv.

Ved ankomst pasientens adresse har legen i det minste mottatt et fødselsnummer, hvilket gir han alder på pasienten. Dersom pasienten har vært i kontakt med Ullevaal sykehus tidligere, kan legen også få andre opplysninger om pasienten. Viktige opplysninger her er andre sykdommer, tidligere hjertesykdom, medikamentliste osv.

Likevel kan ikke legen ha noen formening om pasientens egne ønsker : legen har ingen opplysninger om pasientens oppfatninger om sitt liv. Står vi foran et lykkelig menneske med fylde av gode relasjoner og ufullendte prosjekter ? Eller står vi foran et resignert

menneske der helsen skranter faretruende og raskt, alle viktige relasjoner er tapt, og livet står på terskelen til det avsluttende kapittelet uansett behandlingsvalg ?

Idet legen løper opp trappen til leiligheten står det om sekunder. Hvert tapte sekund kan medføre større skader på pasienten etter vellykket gjenoppliving. Dersom det er komparenter tilstede vil disse som oftest fremstå i sjokk. De er skremte, livredde, og uten evne til å målbære annet enn fortvilelse over situasjonen. Å trekke komparenter til side for stille samtale er i disse situasjonene ikke mulig, og kan heller ikke rettferdiggjøres slik en akutt situasjon presenterer seg.

I dette perspektivet må legen fatte sin beslutning : behandle eller ikke behandle. Det er vanlig praksis å starte gjenoppliving nærmest uansett, for så å overveie en kort stund. Som jeg nevnte helt innledningsvis er det etablert praksis ikke å avslutte behandling foran pårørende. Det er en forutsetning for kortvarig overveielse at ambulanser er bemannet av leger og ambulanspersonale. Når resusciteringen er igang kan legen trekke seg tilbake for å få overblikk en kort stund.

Men hva tenker han på da ? Dersom det ikke er komparenter tilstede, hvilke sider ved pasientens liv trekker legen inn i overveielsene ? Jeg kan tenke meg at legen ser seg rundt et øyeblikk. Kanskje er veggen full av bilder av barnebarn ? Kanskje er det ingen bilder som tegn på et ensomt liv ? Likevel trenger ikke pasienten oppleve seg selv som ensom. Det er stor forskjell på å være alene og å være ensom. Kanskje pasienten fyller sine relasjonelle behov gjennom en katt, eller opplever sitt liv som meningsfullt og godt gjennom bøker og lesing ?

I dette bildet kommer undersøkelsen fra «9-bilen» til sin rett. Denne undersøkelsen fremhevet urinlukt i pasientens hjem som en av de viktigste enkeltfaktorene i favør av behandlingsunntakelse som handlingsvalg. Men hva signaliserer urinlukt for et livs fylde? Predikerer urinlukt med sikkerhet et «uverdige» liv ? Betyr urinlukt at pasienten tisser ukritisk ? Kan urinlukt predikere demens ?

Jeg stiller meg undrende til dette. Hva hvis katten har tisset ? Eller pasienten har urinert som følge av hjertestansen ? Da faller urinlukt som gyldig predikator for et uverdige liv, og valg av handling er basert på en forbigående ulykkeshendelse.

Det gjenstår å trekke dette opp mot dygdsetikkens virkefelt. Hvordan kan denne teorien hjelpe oss i slike akutte situasjoner ? Jeg mener denne hjelpen kommer ved å skjelve til

de ikke-rasjonelle dydene. Slik jeg har skissert det vil ikke legen ha tid til egentlige overveielser i slike situasjoner, der er ikke tid til det. Legen står i en konflikt mellom etisk overveielse og pragmatisk handling. I dette bildet utformes handlingsvalg gjennom aktørens eget, grunnfestede verdisyn. Det er legens syn på et godt og verdig liv som preger handlingsvalget. Derfor må legen ha et reflektert syn på sin egen verdiutrustning allerede *idet han ankommer situasjonen*. Sagt på en annen måte: karakterdydene og ens verdimesseige utrustning må være gjennomtenkt i forkant av en forhastet overveielse i en akutt situasjon. Slik kan aktørens (legens) egne føringer (i dette tilfellet tanker rundt urinlukt) dempes i valg av handling. «Kjenn deg selv», slik allerede sofistene erklærte som etisk rettesnor. Slik jeg nevnte i omtalen av dygdsetikken kan slik refleksjon og modifisering av ens eget verdisyn gjennomføres i interaksjon mellom Phronesis og karakterdydene.

Med dette gjennomtenkte synet på egne moralske føringer vil de forhastede overveielsene gjøres bedre. Fokuset rettes mot objektet på en mer reflektert måte, og aktøren vil ikke «farges» av egne verdiladete syn i samme monn. I det minste vil aktørens forutinntatte syn utgjøre et gjennomtenkt og relevant syn i den aktuelle situasjonen.

I dette perspektivet vil jeg betegne utvikling av aristotelisk klokskap som en *evne*. Denne evnen bærer vi med oss som reflekterte, bevisste etisk overveiende mennesker. I møte med akutte situasjoner vil en klok aktør (velutviklet Phronesis) med sunne og gjennomtenkte verdisyn ha det beste utgangspunkt for å overveie forhastet i en akutt situasjon. Dygdsetikken har med dette sin berettigelse også i akutte situasjoner.

5.6 - Kritikk av Aristoteles

Aristoteles har som nevnt tidligere møtt kritikk for sin vektlegging av fokus på det partikulære. I denne kritikken hevdes manglende potensiale til å løfte enkeltstående vurderinger til allmenne normer, regler og føringer en aktør kan nyttiggjøre. Jeg velger å snu denne kritikken til en styrke, spesielt i møte med behandlingsunnlattelse. Vi har sett at Aristoteles bygger sin dygdsetikk på samspill mellom etisk grunnholdning og klokskap. Denne moralske utrustningen, og muligheten for etisk refleksjon og overveielse, er en styrke i møte med enkeltpasienter. Enkeltfaktorer, som også kan endres gjennom et sykdomsforløp, vil naturlig innlemmes i en pågående aristotelisk

overveielse.

Den kritikken jeg vil rette mot Aristoteles retter seg mot noe annet. Etter mitt syn er dygdsetikkens svakhet at den stiller for store krav til den enkelte aktør. Som teleologisk utformet teori uten klare retningsgivende normer er der store muligheter for moralske overtramp av en aktør. En aktør kan fremvise mangler både med tanke på verdimesig grunnutrustning og utilfredsstillende overveielser. I hele kjeden fra formingen av karakterdydene i ungdommen, til etableringen av et moralsk verdisyn, og videre til overveielsens arena kan aktøren trå feil. Og som teleologisk utformet teori blir handlingsrommet videre enn ved regelstyrt teori. Det sentrale punktet i kritikken mot Aristoteles er dermed aktør-sentrert. Det stilles store krav til aktørens beskaffenhet, samtidig som handlingsrommet for utførelsen av moralsk suspekke handlinger er stort. Aristoteles selv så dette. Det vises av følgende sitat (NE 1105a27-1105a31) :

«Dessuten forholder det seg ikke på samme måte med kunnen og dyd. For det som oppstår av de forskjellige former for kunnen, har sitt gode i seg selv; det er altså tilstrekkelig at det har en viss beskaffenhet. Men det som står i overensstemmelse med dydene, må ikke bare ha en viss beskaffenhet for å være utført rettferdig og besindig; men også den handlende må, idet han handler, være av en viss beskaffenhet...»

Aktørenes beskaffenhet er altså et sentralt punkt i kritikken mot Aristoteles. Slik det fremkommer av sitatene tok Aristoteles selv denne beskaffenheten som en forutsetning for utformingen av gode handlinger.

I tråd med Aristoteles er erfaring av avgjørende betydning for å utvikle klokskap. Men mange dårlige avgjørelser kan fattes på veien mot erfaring. Det er et nødvendig utgangspunkt for å nyttiggjøre erfaringsgrunnlaget at aktøren gjenkjenner situasjonen som et moralsk dilemma og innser at han «ikke har svaret». Vi lærer ikke det vi allerede kan. Og som Aristoteles selv pekte på med henvisningen til den fullkomne aktør (Perikles) vil ingen aktører i den virkelige verden ha fullkomne svar i samtlige situasjoner der behandlingsunntakelse er et handlingsvalg. Kompleksiteten i samtlige situasjoner kan aldri favnes av en enkelt aktør. Det er i strid med kompleksitetens natur. I den forstand er aktøren (legens) oppgave å erkjenne og hengi seg til sin egen ufullkommenhet som aktør. Leger får med dette plikter i tre henseender. Først har de

plikt til å overveie etter beste evne i en gitt situasjon. For det andre har de plikt til å gjøre seg kjent med sin etiske grunnutrustning. Og sist har de plikt til å erkjenne begrensningene innen egne overveielser og verdisyn, og med dette stille seg åpne for å utvikle sin egen aristoteliske evne knyttet til handlingsvalg. Bare da kan aktøren skape grobunn for erfaring. I aristotelisk ånd står dyden ydmykhet sentralt i dette, en dyd leger altfor ofte ikke tillegges av befolkningen forøvrig, dessverre.

Likevel hevder jeg at dydsetikken tildeler aktørene det beste handlingsteoretiske fundamentet i møte med enkeltpasienter. Dette bygger jeg, slik det har fremkommet gjennom omtalen av Aristoteles, på styrken i møte med det komplekse, partikulære. Som retningsgivende teori er dygdsetikken uovertruffen når handlinger skal utformes i et vanskelig moralsk terreng. Som svar på kritikken mot Aristoteles og aktørenes beskaffenhet hevder jeg dette : Det er vår plikt som aktører å tilegne oss klokskap, heller enn dygdsetikkens fallitt når vi svikter i overveielsene av partikulære, moralske dilemmaer.

Kap 6 - Verdproblematikken – hva legene skal beskytte

6.1 – Bakgrunn

Vi har nå etablert en aristotelisk handlingssfære i utformingen av handlinger, og sett at dette gir legene et velfungerende handlingsrom. Men hva skal siktemålet for handlingene være? Hva skal moralske betraktninger favne om og beskytte? Som tidligere omtalt kan verdproblematikken, hva som er beskyttelses-verdig moralsk sett, diskuteres uavhengig av avgrenset handlingsteori. Et ukrenkelig menneskeverd er solid manifestert i Norge gjennom FN's erklæring fra 1948, men også gjennom dagligtale og etablert samfunnspraksis. Vi har verd i kraft av å være mennesker. Men hva bygger dette på? Sagt på en annen måte, hvilken del av mennesket er konstituerende for verd? Dersom dette er knyttet til en egenskap mennesket kan fremvise må vi spørre oss, hvilken status får enkeltmennesker dersom denne egenskapen faller bort? Og innen vår problemstilling, hvilke følger får dette for evt behandlingsunntakelse?

I kasus 2, der vi møtte Sara med psykisk utviklingshemming, så vi at flertallet innen alle gruppene ville gjenopplivet Sara. Jeg tolker dette dithen at Sara anerkjennes med tanke på menneskeverd. Der var heller intet i beskrivelsen av hennes pågående sykdomsforløp som ville gi forringelse av hennes muligheter til videre livsutfoldelse; der ville ikke være tap av funksjon eller øvrige nyttilkomne faktorer i negativ retning. De spurte ga med dette sitt svar: Sara skulle gjenopplives.

Denne historien er sann, og skildret etter beste evne uten å gjøre beskrivelsen for lang. Det siste var et tips fra min veileder for at de spurte ville ta seg bryet med å svare på spørreskjemaet. Jeg var selv, som miljøarbeider ved en bolig for psykisk utviklingshemmede, den som fulgte Sara til sykehus. Mens vi ventet på et undersøkelsesrom la en sykepleier Saras journal på bordet ved siden av meg. Forsiden av journalen var preget med store og tydelige bokstaver «R-minus», og det før legen hadde sett Sara!! Vakthavende lege hadde påført denne koden, «licensed to die», utfra tidligere diagnoser og et blick i journalen. Den diagnosen Sara har, som følger henne under enhver kontakt med helsevesenet, er psykisk utviklingshemming. Legen hadde ingen informasjon om Saras pågående sykdom. Og han kunne ikke vite hvilket potensial der var til å få Sara tilbake til hennes habitualtilstand. Med sin tildeling av R-minus før undersøkelse og adekvat medisinsk vurdering ga med dette legen psykisk

utviklingshemmede en nedskrivning av deres verd. Der var slik jeg ser det ingen andre opplysninger om Sara legen kunne tuftet sin avgjørelse på. Derfor spør jeg igjen; hvilken del av mennesket er konstituerende for verd ? Vi trenger avgjort en analyse av begrepet moralsk status.

6.2 – Verdets ontologiske status

Tilkjennelsen av verd har vært gjenstand for diskusjon i uminnelige tider. Men tilkjennelse er et upresist ord i denne forstand. Tilkjennelse kjennetegnes ved at noe (verdet) *tildeles* et objekt fra et subjekt. I denne forstand er subjektet suverent. Verdet oppstår i, anerkjennes av og tildeles fra subjektet til objektet. Denne tildelingen strider mot hva verd-begrepet omfatter i vår diskusjon. Verd er i seg selv suverent, idet verd eksisterer i objektene uavhengig av subjektens anerkjennelse; objektene har *iboende verdi*. Iboende verdi kan erkjennes og anerkjennes, men ikke tilkjennes eller tildeles. Verdien eksisterer uavhengig av subjektets erkjennelse. Tilstedeværelse av iboende verdi vil forandre rettigheter knyttet til moralsk beskyttelse av objektet. De moralske aktørene vil ha plikt til å imøtekomme og ta med i vurderingen av sine handlinger opprettholdelsen av objektens iboende verdi.

Dette er en viktig grenseoppgang, idet iboende verdi må skilles klart fra instrumentell verdi. Objekter med instrumentell verdi har kun verdi som midler for subjektens livsutfoldelse; de har ikke verdi i seg selv. Vi skal komme tilbake til forholdet mellom subjekt og objekt, men først omtale sentrale retninger innen verd-problematikken.

Aller først vil jeg likevel gjøre et sidesprang. Under det jeg kalte den «handlingstekniske» diskusjonen ovenfor gikk jeg ikke inn på teoriens ontologiske status, eller hvorvidt de kunne «bevises» på noen måte. Det var ikke relevant. I vår diskusjon viste Aristoteles med sin dygdsetikk å inneha den best fungerende «handlingstekniske» teori å bevege seg innenfor, sterk som den er i vurderingen av det partikulære. Innenfor verd-diskusjonen er situasjonen en annen. Her kan opponenter kreve «bevis» for et fremlagt syn. Eller sagt annerledes: uten solid dekning i form av gyldige beviser/antagelser eller vanntett argumentasjon kan vi havne i en situasjon der to meninger står i opposisjon til hverandre uten at noen av dem har forankring i annet enn magefølelse. Det er ikke sikkert vi kommer forbi magefølelsen i så henseende, men vi må i det minste forsøke å oppnå bedre dekning for våre syn.

Sentralt her står diskusjonen rundt normers status som *gyldige*. Innen diskurs rundt normers ontologiske status kan vi innta ett av to syn: normer er enten sanne, eller tildeles gyldighet på annen måte. Innen den første retningen, kjent som moralsk realisme, innehar normene gyldighet i kraft av deres status som *sanne*; de kan ikke motbevise. Etter mitt syn må dekningsgrunnlaget for en slik posisjon tuftes på en av to grunnleggende ontologiske argumentasjonsformer: religion eller logikk. Når det gjelder det første vil enhver «fundamentalist» innen en religion, det være seg kristendom eller islam, hevde et rett syn på verden, etikk og det hinsidige. Det kan ikke motbevise, det er helhetlig, og gyldigheten springer ut av det gudegitte. Problemet med denne argumentasjonsformen er at argumentasjonen stopper her. Man kan være enig i det etiske aspektet til en religion uten å vedkjenne seg som troende overfor religionen. Men dersom helheten, og med det forankringen innen moralsk realisme skal etableres, må alle aktører tilegne seg helheten inkl metafysiske sider knyttet til det guddommelige gjennom *tro*. Denne argumentasjonsformen står med det på skjør grunn.

En logisk fundert basis for verdi ville springe ut av en helhetlig beskrivelse av verden, dens beskaffenhet, menneskenes status og rolle, andre levende veseners status, og helheten ville ikke kunne motbevise. Ingen filosofisk teori har noengang kunnet imøtekomme kravet om gyldighet innen slik holistisk tankegang. Om det noengang kan gjøres er en annen diskusjon, ikke minst knyttet til bevisstetsfilosofi. Poenget mitt er dog som følger: for å forstå legenes vurderingsfelt, der de *er* tilkjent muligheten til å velge mellom liv og død på vegne av andre mennesker, må vi utforske deres siktemål: beskyttelse av verdet i enkeltmennesker. I denne sammenhengen er det viktig å minnes hvordan verdisynet er etablert.

Som motsetning til grunnsynet på normers gyldighet innen moralsk realisme har vi forskjellige former for *kontraktteori*. Her tilkjennes normer gyldighet ikke gjennom sannhet, men gjennom tilslutning av aktørene. Det er verdt å nevne at normene kan bygges på enighet eller tildelt ansvar til noen få som utformer lover og regler (oligarki, demokrati). Som eksempel på dette er utformingen av Norges Lover. Gjennom frie valg tildeles stortinget ansvar for og mulighet til å utforme lover som begrenser aktørenes handlefrihet; normene får gyldighet blant befolkningen gjennom Stortingets vedtak. Jeg vil også trekke frem aktørenes motivasjon for å anerkjenne normativ gyldighet innen kontraktteori. Man kan tenke seg aktører som fremmer normer utfra hva de ser

som «rett». Innenfor altruistisk tankegang kan dette lede til begrensninger i deres egen mulighet til livsutfoldelse, en begrensning de mer enn gjerne imøtekommer. Andre motiver for å inngå kontrakter kan være opplyst egeninteresse. Etter Hobbes' syn er dette bakgrunnen for kontaktteori; å gå med på begrensninger i egne muligheter til utfoldelse fordi det også vil begrense de andres muligheter til å krenke meg, forstått som å hindre min utfoldelse.

En alternativ måte å tenke normativ gyldighet på er en «mellomstilling», der vi fra enkelte gitte sannheter utleder større systemer av sannheter og normer. Endepunktene (normene) har ikke gyldighet før de er vist å springe ut av en gitt sannhet. Den gitte sannheten er tilkjent gyldighet ved at ingen ville motsette seg den. Den ontologiske statusen til disse normene er svakere enn gjennom tankegangen skissert som logisk begrunnet moralsk realisme, idet den helhetlige sammenhengen er fraværende (det holistiske perspektivet). Likevel er de gyldige; de kan ikke motbevises uten å komme i konflikt med den gitte sannheten. Utfra dette benyttet jeg termen `mellomstilling` ovenfor. Vi gjenkjenner forøvrig denne tankemåten som induksjon fra Aristoteles (utledning fra gitte sannheter, Endoxa). Fra en antatt gitt sannhet angående hva som er beskyttelses-verdig i enkeltmennesket, kan vi med dette utdype og utlede handlingsrommet legene må gjøre sine vurderinger innenfor.

Det er viktig å ha disse forutsetningene med når vi skal snakke om verd, ikke minst i forsøket på å løfte diskusjonen over «magefølelse». I møtet mellom lege, pasient, pårørende og samfunn må mandatet for å hevde verd / ikke-verd i enkeltmennesket være velfundert og eksplisitt.

6.3 – Ikke-antroposentrisk tilnærming til verd

Der er flerfoldige variasjoner av syn knyttet til iboende verdi. Kanskje er det nøyaktig like mange syn som der er aktører i verden? De ulike posisjonene kan likevel inndeles i to hovedgrupper; en antroposentrisk og en ikke-antroposentrisk utforming. Den antroposentriske tilnærmingen spiller, som navnet tilsier, på en menneske-sentrert posisjon. Det er likevel på sin plass å omtale sentrale deler av den ikke-antroposentriske tradisjonen for å utfylle bildet.

Allerede Aristoteles hadde en ikke-antroposentrisk tilnærming. Dette viser seg gjennom hans utledning av og syn på sjelsbegrepet, slik det fremkommer i *De Anima* (Om sjelen). Jeg gjør her antagelsen at tildeling av «sjel» i seg selv fordrer iboende verdi; sjel har moralsk betydning, sjel oppstår i objektet, og sjel skal være gjenstand for moralske rettigheter og beskyttelse. Aristoteles inntok som nevnt tidligere en posisjon der mennesket med sin rasjonalitet og tenkeevne sto på toppen av en tenkt pyramide. De hadde den mest ærverdige form for sjel, og med det sterkeste kravet om moralske rettigheter. Likevel ytret Aristoteles, når dyr anerkjennes som innehavere av sjel gjennom begjær (*Orexis*) og planter gjennom det vegetative liv, at disse andre levende vesenene ikke er likegyldige i moralsk forstand. Det vil si: de har krav på beskyttelse, om enn mindre enn mennesker. Det er moralsk forskjell på å slå en hund og å slå en sten.

En ikke-antroposentrisk posisjon ble fremmet også av Jeremy Bentham, idet han tenkte seg menneskets verd ved tallet 1, og med det full-verdig. Deretter kan vi gå gradene ned gjennom dyre- og planteriket til vi ender med verdien 0,001 for mikroorganismer. Levende, lite full-verdige, men likefullt *ikke likegyldige* i kraft av å være levende vesener. Det siste betyr i klartekst: samtlige levende vesener har krav på anerkjennelse som status-innehavere med rettigheter i en moralsk sfære. Også Albert Schweitzers utsagn «ærefrykt for liv», spiller på dette. Moderne fremvekst av «dyrs rettigheter» som begrep er dagens videreføring av dette. A Vetlesen viser i boken «Nytt Klima» (2008) hvordan det har skjedd en endring fra det mytiske til det naturvitenskapelige natursynet i den vestlige verden, og at denne avmytifiseringen fikk sitt utspring med Descartes. Vetlesen peker på at naturen mistet sin status gjennom denne avmytifiseringen; den ble instrumentell. I dagens miljødebatt trekkes også økosystemer frem som verdi-fulle av noen, forstått som innehavere av iboende verdi.

Når et objekt anerkjennes med moralsk status kan dette bygge på flere forhold. En tradisjonell måte å tenke på er anerkjennelse av iboende verdi gjennom erkjennelsen av en egenskap objektet innehar. For å trekke på miljødebatten ytterligere kan dette illustreres gjennom Peter Singer og Tom Regans oppfatning om at et sanseapparat, og med det muligheten til persepsjon, er en avgjørende egenskap for å inneha iboende verdi. Objektet vil med et apparat for persepsjon ha et, dog ikke nødvendigvis reflekterende, bilde av å være en del av verden. Singer og Regan har med dette fått

kritikk for å anerkjenne verd og moralsk status et sted midt mellom reker og østers.

6.4 – Antroposentrisk tilnærming til verd

Men argumentasjonsformen der iboende verdi og moralsk status anerkjennes gjennom en moralsk relevant egenskap, har også vært den dominerende formen innen antroposentrisk tradisjon. Når vi beveger oss over til å vurdere antroposentriske tradisjoner kommer vi ikke utenom Immanuel Kant. Kant hevdet at det eneste moralsk aktverdige i verden var menneskets evne til rasjonalitet og fri vilje. Menneskenes rasjonelle evner var med dette de eneste, og nødvendige, kriterier for anerkjennelse av moralsk status. Vi kan her trekke en linje tilbake til Aristoteles sjelsbegrep, men samtidig avgrense anerkjennelsen av iboende verdi til toppen av sjelspyramiden. Aristoteles selv trakk fram at «Mennesket er et vesen med tenkeevne». Men er det så enkelt? Hvordan avgrenser man egentlig menneske-klassen? Vi må vokte oss vel for ikke å havne i speciesistisk argumentasjon. Å hevde rasjonelle evner som nødvendig egenskap, både for å være menneske og inneha menneskeverd, har vidtrekkende konsekvenser, for hva slags status innehar da psykisk utviklingshemmede, alvorlig psykisk syke, senile demente og babyer? Kant selv så dette problemet. Han hevdet at babyer favnes av aktverdighets-tanken ved å inneha potensial for rasjonalitet. Når det gjelder de senile og utviklingshemmede uttalte ikke Kant seg eksplisitt. Psykisk utviklingshemmede ble satt på skogen, og mennesker levde som oftest ikke lenge nok til å utvikle demens. Uansett forble denne problemstillingen ubesvart gjennom Kants bøker.

Vetlesen trekker i Nytt Klima frem at avmytifieringen av naturen har ledet til et innsnevret og begrenset syn på naturens verdi. Verdien har gått fra å være iboende til å bli instrumentell for mennesker. I den forstand kan vi tenke oss en nærmere sentrering av verd til menneske-klassen, hvilket kan kalles et «fattigere» syn på verd, at i denne bevegelsen ligger en implisitt egoisme på vegne av menneskeklassen, og således at moralen har «gått tilbake». Likevel vil jeg hevde at moralen har gått fremover på et annet område, om enn til en dyr pris ved tap av natur i menneskets moralske slektskap. For 100 år siden snakket ingen om rettigheter knyttet til psykisk utviklingshemmede. Praksisen var snarere at disse ble «satt på skogen», slik litteraturen skildrer talløse eksempler på. Dette fremviser ikke-verd i anerkjennelsen av psykisk utviklingshemmede til forskjell fra dagens praksis. For 100 år siden snakket heller ingen

om dyrs rettigheter, mens dette begrepet er vel etablert i dagens dagligtale. Med denne utvidelsen av levende vesener som anerkjennes med moralsk status hevder jeg at moralens nedslagsfelt har «gått framover» (om enn saktere enn den naturvitenskapelige fremgangen (Techne)).

Likevel må jeg vedkjenne at mitt syn her kan være naivt. Dette kommer frem av den pågående diskusjonen rundt ultralyd i svangerskapsuke 12. Jens Saugstad viste i sin avhandling om abort at selvbestemt abort kan forsvares nettopp til uke 12, slik dagens praksis er. Før uke 12 er det etter Saugstads argument forfeilet å snakke om *mennesker* og drap av disse; abort foregår på embryoer. Det er først i uke 12 et foster fyller kriteriene for å bli omtalt som mennesker, og før uke 12 viser argumentasjon mot selvbestemt abort til egentlig begrepsforvirring hos den som argumenterer. Dagens praksis er i tråd med dette, der svangerskapsavbrudd etter uke 12 må og skal godkjennes av en spesiell komite, og vektige grunner legges frem for å rettferdiggjøre svangerskapsavbrudd.

Der er nå forslag om å tilby ultralydundersøkelse til samtlige gravide i uke 12. Hvilket siktemål kan dette ha, om ikke for å selektere ut ikke-ønskelige barn? Å vurdere abort utfra fosterets egenskaper og beskaffenhet innbefatter etter mitt syn et sterkt utsagn om psykisk utviklingshemmede og deres verd. Kvinnen har jo allerede et ønske om å få barn, ellers ville undersøkelsen vært uten hensikt; hun kunne foretatt abort uten den forutgående undersøkelsen. Hun har ved å gjennomføre undersøkelsen fremvist at hun har en kontrakt med seg selv om å få barn, men ønsker et barn av en viss beskaffenhet. Praksis i andre land som har innført dette har vist en stor nedgang i antall fødsler der barna har Downs syndrom. Det er etter mitt syn en nedskrivning av og krenkelse av deres ukrenkelige menneskeverd slik det er etablert gjennom FN's deklarasjon og Norges lover, å vurdere svangerskapsavbrudd utelukkende fordi fosteret har en nakkefold, og kan ha Downs syndrom. Konflikten ligger i valg mellom verdier; kvinnens livskvalitet og sannsynlige tap av autonomi gjennom å få et barn med Down syndrom, og synet på at også mennesker med Down syndrom innehar et ukrenkelig verd. Jeg vil ikke forfølge denne diskusjonen videre her, men tilføyer at dette kan lede til et «moralsk skråplan» der kriteriene rundt fosterets beskaffenhet endres ytterligere. Hvilke andre sykdommer kan selekteres ut? Det leder i det minste ikke til en mer omfavnende, «rikere» eller mer «menneskelig» moral.

6.5 – Rasjonalitet som nødvendig egenskap for verd

Når jeg trekker frem og bruker mye tid på punktet om rasjonalitet som nødvendig egenskap for å inneha iboende verdi er det av to årsaker. Først må jeg nevne at betoningen av rasjonalitet har vært dominerende i argumentasjonen knyttet til verd i moderne tid. Det er rasjonaliteten som gjør skiller oss fra dyrene, gjør oss enestående, og for religiøse viser slektskap med eller nærhet til noe gudegitt. Det er denne evnen vi skal verne om, i tråd med Kants argumentasjon. Det leder meg videre til det andre punktet. At rasjonalitet er en *tilstrekkelig* egenskap til å inneha sjel vil jeg ikke argumentere mot. I kartiansk argumentasjonsform fordrer rasjonalitet at vesenet vi møter med nødvendighet innehar også alle andre egenskaper vi knytter til moralsk verdi, som liv. Vi ser her parallellen til Cogito, der tvilen viser til minst en tvilende substans, og med det et jeg. Min kritikk av denne posisjonen går på *nødvendigheten* av rasjonalitet for å hevde iboende verdi. Er alle levende vesener uten rasjonalitet verdiløse i moralsk forstand? Kant hevdet at hunden hadde krav på beskyttelse, men ikke utfra smerten eller opplevelsen til dyret; at dyret var krenket. Det var snarere subjektets opplevelse av dyrets smerte, gjenkjennelsen av smerte som opplevelse, og internalisering av denne opplevelsen til subjektet selv, som utgjorde det moralske utgangspunktet for å avstå fra å skade dyr. Jeg må vedkjenne at mitt standpunkt i denne diskusjonen er solid forankret innen ikke-antroposentrisk tradisjon, men det hører til en annen diskusjon. Innen vår problemstilling har det likevel stor relevans om rasjonalitet er en nødvendig egenskap for å inneha iboende verdi, idet ikke-rasjonelle mennesker da faller utenfor moralen og overveielsenes overordnede siktemål: beskyttelse av verd. Dersom rasjonalitet er en nødvendig egenskap for iboende verdi må vi spørre oss hvilken status de nevnte grupper (senile demente, alvorlig psykisk syke, psykisk utviklingshemmede og babyer) får, så lenge deres tilstand karakteriseres av fravær av rasjonelle evner. Som Kant påpekte innehar babyer potensiale til å utvikle rasjonalitet, psykisk syke har et (forhåpentligvis) forbigående tap av rasjonalitet, mens demente har et varig tap av sine intellektuelle evner. Det strider mot vår fornuft å hevde at disse menneskene har mistet sitt menneskeverd. Etter mitt syn viser dette at rasjonalitet er en tilstrekkelig men ikke nødvendig egenskap for å ha iboende verdi. Som Aristoteles knytter sjelsbegrepet utover klassen av mennesker med rasjonalitet kan vi anerkjenne iboende verdi også for andre levende vesener. Også her kommer Aristoteles oss til hjelp. Likevel er eksempelvis demens en faktor som må vektlegges innen

behandlingsunntatelse. Dette skyldes imidlertid ikke tap av verdi, men snarere tap av verdighet. Distinksjonen mellom verdi og verdighet kommer vi tilbake til i et eget kapittel.

6.6 – Menneskeverd uten rasjonalitet

Jeg har argumentert for at det er mer som knytter levende vesener til iboende verdi enn rasjonalitet. Innen vår problemstilling knyttet til behandlingsunntatelse avføder dette imidlertid et nytt problem. For hvilken betydning har da rasjonalitet med tanke på menneskeverd? Har mennesker med aktive og pågående rasjonelle evner «mer» verdi enn de andre, eller knyttes menneskeverdet til andre egenskaper ved og sider av menneskene? Det er relevant å stille disse spørsmålene. Diskusjonen rundt tidlig ultralydundersøkelse og møtet Sara hadde med sykehuset viser dette med klartekst.

Etter mitt syn strekker menneskeverdet seg tvers gjennom distinksjonen rasjonalitet vs ikke-rasjonalitet. Jeg vil prøve å etablere et fundament for dette.

For å etablere slikt fundament vil jeg benytte induksjon i tråd med Aristoteles. Som utgangspunkt for dette fundamentet viser jeg til FN's etablerte menneskerettserklæring fra 1948; vi har alle menneskeverd uavhengig av egenskaper knyttet til rasjonalitet, tilknytning til religion eller rase, eller antall fingre og tær. Vi har menneskeverd i kraft av å være mennesker, en side av oss alle som ikke kan bestrides. Menneskeverdet er totalt, og ikke noe som kan deles opp i mer eller mindre aktverdige deler. Dette er et Endoxa, en veletablert sannhet i vårt samfunn. En ansporing til dette fikk vi allerede i forrige avsnitt, der jeg hevdet at det strider mot vår fornuft å hevde at demente og andre har tapt sitt menneskeverd. Jeg er klar over at argumentasjonen her kan fremstå sirkulær. Men ved å trekke dette frem som et Endoxa, en etablert sannhet, tildeles alle mennesker sitt verd uavhengig av rasjonelle egenskaper de har eller ikke har.

En følge av dette er at legen som tilkjente Sara R-minus handlet i strid med en etablert sannhet i samfunnet. Dette gjelder sålenge R-minus ble tildelt utelukkende grunnet psykisk utviklingshemming. At Sara skulle gjenopplives var det overveiende flertall for til tross for hennes mangelfullt utviklede sjelsevner.

I vår diskusjon har dette følgende implikasjoner; en lege skal vurdere enkeltstående

pasienter for seg, vurdert ut fra deres antatte ønsker i tråd med deres ukrenkelige verd. Verdet kan ikke diskuteres, og det er ikke innenfor dette aspektet legen skal tilføre egne vurderinger.

6.7 - Verdets appell

Når vi snakker om verd må vi også snakke om hvordan dette anerkjennes av subjektet (aktøren). Om objektet «vekker moralen» i subjektet vil ha stor betydning i utformingen av sistnevntes handlinger. Sagt på en annen måte: vi må analysere forholdet mellom subjekt og objekt. Årsaken til dette er at handlingsalternativene vil utformes utfra hvorvidt den moralske aktøren (subjektet) anerkjenner objektets verd, og med det objektets rettigheter til moralsk beskyttelse. Mangelen på anerkjennelse av den relasjonelle delen i møte mellom subjekt og objekt var en svakhet ved universelt utformede handlingsteorier, som vi så i et tidligere avsnitt.

I ordinære situasjoner som utspiller seg mellom moralske aktører er disse likestilte i to henseender. For det første innehar de likeverdige krav på moralsk beskyttelse i kraft av deres menneskeverd. For det andre kan de begge inneha rollen som subjekt og objekt. I relasjonen mellom lege og pasient er det sistnevnte forholdet forrykket og ikke likeverdig, som vi skal komme tilbake til senere.

Vetlesen omtaler i boken *Nytt Klima* (2008) begrepet *deiktisk diskurs*. Dette omfatter måtene vi som aktører snakker om objektene på, og om vi blir rørt ved omtalen av dem. Sagt på en annen måte: vekker omtalen av objektene moralen i oss, og vil det ha noe å si hvordan vi omtaler dem. Vetlesen benytter dette som et innlegg i miljødebatten, men det har relevans også i vår problemstilling.

Kanskje det var noe slikt overlege Laake ved geriatrisk avdeling på Ullevaal sykehus hadde i tankene da han foreleste under mitt medisinstudium. Slik jeg ser det ville han vekke «mysteriet» om de gamle hos studentene. Han ville *re-mytilisere* dem. Og dette kan ha vært med god grunn. Geriatrien er ikke av de mest prestisjefylte innen medisin, og de eldre knyttes ofte til tidkrevende ekstrabelastning for legene. Ved å gjengi en (sannsynligvis fiktiv) samtale mellom en lege og dennes gamle pasient, søkte Laake å vekke studentenes undring rundt de gamle. Samtalen gikk som følger:

Legen : Jeg ser du har et gammelt brudd i armen. Det har ikke grodd skikkelig.

Den eldre : Ja, jeg fikk en koffert over den.

Legen : Auda, hvordan skjedde det ?

Den eldre : Jeg var på en båt som plutselig krenget forferdelig.

Legen : Jaha, hva het båten da ?

Den eldre : Titanic.

Det ville være en kunstfeil å tenke at denne pasienten skulle forfordeles, eller behandles annerledes enn andre eldre, utelukkende fordi hun var en av de gjenlevende fra Titanic. Det er ikke poenget. Det aktuelle er snarere at aktøren, i dette tilfellet legen, vil vekkes moralsk i møte med objektet når objektets liv og erfaringer brettes ut. Dette har implikasjoner innen nærhetsetikkens virkefelt. Vetlesen gjør det klart i boken «Nærhetsetikk» at denne teorien ikke utgjør et eget teoretisk fundament for handlinger. Det skildrer snarere møtet mellom subjekt og objekt, og hvordan subjektet vil farges i sine vurderinger utfra appellen fra Den Andre. Han trekker her på Levinas, som med sin appell fra Den Andre retter en fordring på aktøren. Denne fordringen bindes aktøren av dersom han er av en viss beskaffenhet. Å gå umerket fra en appell fra Den Andre sier noe om aktøren. Vi kan her trekke en linje tilbake til Aristoteles og hans utforming av karakterdyder. Jeg legger her til grunn at karakterdydene, som «moralsk grunnutrustning», også vil ha innvirkning på vår mottakelighet for moralske appeller. For Aristoteles var det sentralt at disse dydene formes i aktøren gjennom habituering fra barnsben av. To momenter kan her overføres til relasjonen mellom lege og pasient. For det første har vi en etisk grunnholdning med oss allerede når vi søker oss til medisinstudiet. Det gjelder å være bevisst sine egne moralske føringer og verdisyn. En lege vil eksempelvis være «merket» moralsk dersom han har vokst opp med en psykisk utviklingshemmet bror. Det vil farge han i møte med andre psykisk utviklingshemmede, både gjennom handling og ved deiktisk diskurs. For det andre, dersom vi antar at denne grunnholdningen er av en viss beskaffenhet, er utfordringen å overføre denne til pasientrelasjonen. Sagt på en annen måte bør legene «vekket» moralsk i møte med Den Andre, i denne konteksten en pasient. Mitt poeng er som følger; det har stor betydning hvordan aktører i helsevesenet omtaler sine pasientgrupper (deiktisk diskurs), og det har stor betydning om legene tar seg tid til å titte opp fra journalene, møte pasientene og med det motta deres appell gjennom empatisk innlevelse.

6.8 - Fra verd til verdighet.

«Verdet kan ikke diskuteres, og det er ikke innenfor dette aspektet legen skal tilføre egne vurderinger.» Slik avsluttet jeg den teoretiske omtalen av verdproblematikken. Men innen hvilken arena skal legene så gjøre sin vurdering, så lenge menneskeverdet er ukrenkelig? Verdet vurderes ikke, det *er* i mennesket. Vi bærer det med oss fra fødsel (eller 12 ukers svangerskapslengde ?) til vi dør.

To andre begreper står frem som sentrale for den videre analysen: verdighet og livskvalitet. Etter mitt syn er det innenfor disse begrepenes mening legene skal gjøre sin vurdering i overveielser om behandlingsunntak. La meg utdype ved å begynne med det minst kompliserte begrepet: livskvalitet. Jeg vil begrense dette begrepet til å omfavne enkeltmenneskets egen vurdering av sitt livs fylde. Dette er subjektivt rettet mot egen lykke, og i aristotelisk språkdrakt knytter jeg denne fylde til fravær av ondt og tilstedeværelse av goder. Jeg antar at de fleste mennesker ville slutte seg til flere universelle syn på hva som utgjør ondt. Ethvert menneske vil eksempelvis søke å unngå ondt i form av smerter. Men synet på hva som utgjør goder anser jeg å variere mer fra subjekt til subjekt. Innen kommunitaristisk tankegang er mennesker ikke selvtilstrekkelige, og avhengige av relasjoner med andre mennesker for å utfylle hele sitt livs fylde. Jeg slutter meg til denne tankegangen, men hevder likevel at det er store variasjoner i enkeltmenneskets behov for nære relasjoner. Noen opplever sine liv meningsfulle også i relasjoner med dyr, andre gjennom turer alene i skog og mark, og atter andre gjennom lesing av bøker og stille ettertanke. Det siste er i tråd med Aristoteles' betoning av et kontemplativt liv som den ypperste lykke. Om det er løgn eller selvbedrag dersom disse menneskene hevder deres livs fylde er fullstendig tilfredsstillende vil jeg ikke spekulere i. Jeg registrerer i denne diskusjonen kun at det innen meningen med begrepet livskvalitet hersker stor variasjon mellom mennesker, det være seg innad eller på tvers av kulturer eller små familier. Sagt på en annen måte hersker det stor grad av kulturrelativisme knyttet til begrepet livskvalitet. For legen ligger utfordringen i erkjennelse av det antatte synet *denne* pasienten har på et godt liv.

Begrepet verdighet avgrenses noe annerledes. Her ligger, til forskjell fra ved livskvalitet, nødvendige og implisitte relasjonelle føringer mellom subjektet og omgivelsene. Det ligger noe ved begrepet verdighet knyttet til sosial posisjon, og hva

som kjennetegner subjektet interpersonlig. Sagt på en annen måte: verdighet handler om hvordan vi ønsker å oppfattes av andre, hvordan vi tror vi oppfattes av andre, og hvordan vi faktisk oppfattes av andre. Etter mitt syn hersker det større enighet i befolkningen om hva verdighet omfatter, enn hva tilfellet er med livskvalitet.

Tap av verdighet utgjør antageligvis en undervurdert faktor i vår problemstilling. Vi vil «dø med verdighet», og uten et svekket ettermæle. Dette finner jeg belegg for i nok en undersøkelse jeg fikk muntlig overlevert som medisinstudent. I denne undersøkelsen ble mennesker spurt om hvordan de ville dø, og hva de for all del ville unngå mot livets slutt. Tre svar gikk igjen i undersøkelsen: de spurte ville ikke ha smerter, de ville ikke bli pleiepasienter og de ville ikke miste sitt intellekt. Det første punktet knytter jeg til begrepet livskvalitet gjennom lidelse ved smerter. De to siste momentene kan begge knyttes til begrepet verdighet. Det er ytterst krenkende for mange å bli pleiepasienter, og vi er opptatte av å bli husket med våre rasjonelle evner intakte. Å bli krenket ved å bli pleiepasient eller dement foregår innen verdighetens domene, og er ikke knyttet til verd. Det siste punktet kan vi knytte til den sterke posisjonen rasjonalitet har i vår tradisjon. I denne sammenhengen konstituerer rasjonaliteten den viktigste delen også av vår verdighet. En aktuell nyhetssak har også gitt støtte til verdighetens betydning for mennesker. Nylig avdøde Gunnar Sønsteby ble sitert i VG lørdag 12 mai 2012 som følger : «Å dø stående er det ideelle. Jeg skulle levd med de gamle vikingene, jeg.». Dette tar jeg til inntekt for undersøkelsen nevnt ovenfor. Sønsteby, med sitt aktive og lange liv, ville ikke avslutte livet på sotteseng. Det ville være under hans verdighet.

Det er likevel verdt å merke seg at der også er varierende syn på hva verdighet omfatter. Begrepet er verken godt definert eller avgrenset i dagligtale. Vi har ikke et etablert Endoxa å trekke kunnskap fra i møte med verken livskvalitet eller verdighet.

For å oppsummere denne passasjen vil jeg uttrykke det iøynefallende: det er innenfor livskvalitet og verdighet legene må gjøre sine vurderinger. Kunsten ligger i å identifisere eller tenke seg hva den aktuelle pasienten selv ville ha føringer til og ønske seg, samtidig som legen er bevisst sin egen moralske og verdimeslige utrustning.

Kap 7 – Legen som aktør

7.1 – Relasjonen mellom lege og pasient

Før vi går inn på legenes håndtering av dette moralske terrenget må vi peke på noen særtrekk ved pasient-lege-relasjonen. Dette har vi vært innom tidligere, men denne relasjonen fortjener egen omtale i forkant av diskusjonen om legenes praksis.

I en ordinær situasjon kan vi tenke oss subjekt og objekt som likeverdige, i den forstand at de er likestilte med tanke på moralsk betonte rettigheter. Begge parter vil kunne være subjekter og objekter for hverandre. Sagt på en annen måte kan begge parter være moralske aktører, alternativt objekter med moralsk apell overfor motparten i kraft av å inneha moralsk status. Det hersker symmetri i denne likestilte relasjonen.

I relasjonen mellom lege og pasient er dette forholdet forrykket. Relasjonen er asymmetrisk fra et moralsk ståsted. Legen er alltid subjekt i hjelper-rollen, og pasienten er alltid objekt. Det ligger en implisitt kontrakt i forholdet mellom lege og pasient, som nevnt tidligere. Denne kontrakten har legen gitt sin tilslutning til ved aktivt å søke seg til medisinstudiet, mens pasienten er passiv og implisitt deltager i kontrakten ved å være et menneske i vårt samfunn. Som oftest er pasienten samtykkekompetent og kan uttrykke sin mening om forestående behandling, slik det er nedfelt i Lov om pasientrettigheter. Men dette er ikke alltid tilfellet. Innenfor vår problemstilling knyttet til behandlingsunntakelse kan pasienten meget vel være komatøs og uten mulighet til å uttrykke noe som helst, og der trenger ikke være komparenter i nærheten til å gi opplysninger om pasienten. Legen har da som aktør det fulle vurderingsansvar og -muligheter, og må gjøre sine vurderinger basert på egne (gjennomtenkte eller ikke gjennomtenkte) holdninger og antagelser om *denne* pasienten.

7.2 – Legenes håndtering I - Kasusene

Det er på tide å knytte det foregående nærmere opp til problemstillingen: legenes møte med og rolle innenfor behandlingsunntakelse. La meg først gjøre en oppsummering. Vi begynte med avgrensning av problemstillingen og gikk kort gjennom lovverket knyttet til dette. Deretter utledet jeg den handlingsteorien som var best skikket å vurdere innenfor stilt overfor vår problemstilling: Aristoteles' dygdsetikk. Dette hevdet jeg skyldtes dens

styrke i vurderingen av det partikulære, formet av klokskap. Vår problemstilling kjennetegnes nettopp av partikularitet, idet legen aldri vil møte to identiske situasjoner. Men Aristoteles har tilført ytterligere to viktige avklaringer til vår problemstilling. Han har gjennom å vise til forskjellene mellom *Techne* og *Phronesis* avdekket tradisjonell medisinsk-faglig kunnskaps begrensning. Vurderingen av behandlingsunntakelse er et verdivalg gjennom etiske overveielser og ikke en «medisinsk» avgjørelse. I tillegg har vi etablert et ukrenkelig menneskeverd uavhengig av rasjonalitet. Ved å benytte aristotelisk argumentasjonsform viste jeg til at dette er et etablert *Endoxa*. Eller i det minste tilsynelatende, og i tråd med FN's menneskerettserklæring og Lov om Pasientrettigheter. Der er tvil hvorvidt denne sannheten omfavnes av alle mennesker i vårt samfunn. Det første oppfølgingsspørsmålet i undersøkelsen viste nettopp det. Her svarte over halvparten av økonomene og de tilfeldig utvalgte at rasjonalitet er en nødvendig egenskap for å inneha menneskeverd. Også vurderingen Sara fikk i møtet med sykehuset, og i tillegg den pågående debatten om tidlig ultralydundersøkelse under svangerskap reiser spørsmålet om verd-for-alle er et etablert *Endoxa*. I denne avhandlingen har jeg likevel omfavnet denne antagelsen som en gitt sannhet. Til sist utforsket jeg to andre begreper: verdighet og livskvalitet. Så lenge vi anerkjenner et ukrenkelig menneskeverd er det etter mitt syn innenfor disse begrepenes mening legen skal, kan og må gjøre sine overveielser.

Hvordan er så dagens praksis ? Kan vi stole på legene ? Og hvilken lærdom kan vi trekke fra den forgående filosofiske utredningen, ikke minst knyttet opp mot den gjengitte undersøkelsen ? Et vell av nyanser kunne vært kommentert angående undersøkelsen. Jeg vil nøye meg med de jeg anser som mest sentrale.

For å begynne med Anna, den gamle damen. Alder ble her trukket frem som en faktor til fordel for behandlingsunntakelse. Det var betont at hun ville beholde sitt intellekt, men hun ville få lammelser. Hvordan tolker vi dette innenfor rammene jeg har skissert? Etter mitt syn ville de som svarte nei til gjenoppliving beskytte deler av hennes verdighet, samtidig som de anså hennes fremtidige livskvalitet som sterkt forringet. Lammelsene ville fordre en tilstand som pleiepasient; i seg selv et liv uten verdighet. Når det gjelder den trafikkskadde unge mannen tror jeg de spurte tenkte i samme retning, og i tillegg forsterket; det er langt under en ung manns verdighet å være pleiepasient, ikke minst etter et svært aktivt liv. Dette kommer i tillegg til mannens forringete livskvalitet,

sittende i rullestol med smerter. Men en annen faktor spilte her inn; hensynet til mannens autonomi. Han ønsket selv å dø. Å nekte ham det vil for noen være en krenkelse av hans krav om selvråderett, ikke minst gjennom respekt for hans rasjonelle evner og frie vilje. Igjen ser vi respekten for rasjonaliteten, og posisjonen denne har i vår kulturkrets. Det er verdt å merke seg at kun 35 % av filosofene ville gjenopplive den unge mannen ved hjertestans, mens 50 % ville la han dø i fred. Slik jeg tolker det ble disse svarene fra filosofene gitt i respekt for den unge mannens autonomi og frie vilje. Det ligger som nevnt i innledningen utenfor denne diskusjonen å omhandle aktiv dødshjelp, i den grad dette punktet leder an mot dette. Jeg registrerer kun at autonomi står sterkt i vår kultur som en viktig og handlende del av vår rasjonalitet.

Saras tilfelle har blitt omtalt flere ganger. Saksgangen rundt henne har gitt viktig næring og innspill til tematikken rundt menneskets ukrenkelige menneskeverd. Jeg vil ikke forfølge dette lenger.

Det premature barnet fortjener dog spesiell omtale. Dette kasuset skildrer en svært vanlig og aktuell situasjon i det norske helsevesenet. Jeg vil trekke frem en diskusjon som har pågått i flere år mellom ledere ved Rikshospitalet og Ullevaal sykehus, også i media. I Dagbladets helsemagasin 12 mai 2001 uttalte nylig pensjonerte overlege Rolf Lindemann seg som følger: «man trekker frem en solskinnshistorie og glemmer alle barna som lider i stillhet. Vi gjenoppliver først i uke 24». I samme artikkel uttalte overlege Ola Didrik Saugstad seg slik : «vi kan ikke la en mengde friske barn dø fordi den andre halvparten kan utvikle sykdom. Mange av sykdommene er i tillegg fullt forenlige med et godt liv. Vi gjenoppliver i uke 23».

Dette kan plumpt kalles forskjellen på å se et halvfullt og et halvtomt glass. I Levinas' ånd vil jeg hevde at Saugstad mottar appellen fra de friske, og Lindemann vekkes og preges av appellen fra de syke. Det er etablerte forskjeller i praksisen ved de nevnte sykehusene. På Rikshospitalet gjenopplives barn en uke tidligere enn ved Ullevaal sykehus. Hva som er rett overlater jeg til hver enkelt å gjøre seg opp en mening om. For den videre diskusjonen vil jeg trekke frem følgende: ulik praksis og offentlig oppvask er ihvertfall ikke med på å skape tillit i befolkningen.

7.3 – Legenes håndtering II – tilliten i fare

Vi beveger oss med det inn i aspektet knyttet til tillit. Slik Pasientrettighetsloven og dr

med Rognum betonte det i innledningen av denne avhandlingen er tillit avgjørende for legitimering av legenes vurderinger i befolkningen. Tillit til legenes innsats og evne, slik dr Rognum formulerte det, utgjør grunnfjellet i relasjonen lege-pasient-samfunn. Jeg har gjennom avhandlingen vist til relativiteten som knyttes til verdier, verdighet og livskvalitet. Det eneste urokkelige Endoxa jeg har hevdet har vært enkeltmenneskets ukrenkelig verd. Når legene skal tilkjennes muligheten til og ansvaret for å forvalte helsen og livene til døende mennesker, forvalter de naturlig nok pasientenes mulighet til videre livsutfoldelse kontra avslutning av livet. Uten et etablert, godkjent og «gyldig» mandat til å utføre dette vil ikke dette ansvaret fremstå som forvaltning av verdier innen verdirelativismens område. Det vil snarere fremstå som legens verdiimperialisme overfor befolkningen.

Mye tyder på at dette mandatet hviler på skjor grunn. Oppfølgingsspørsmålene i spørreskjemaene tyder ikke minst på dette. Ifølge andre yrkesgrupper er ikke leger kloke nok, medisinsk kunnskap strekker ikke til, vi trenger et strengere regelverk for legene, og andre grupper bør trekkes med i avgjørelsene. Dette tyder ikke på tillit. Det sistnevnte punktet, angående andre yrkesgruppers medvirkning, må dog sees i lys også av en pågående og alltid tilstedeværende profesjonskamp mellom leger og sykepleiere. Sykepleierene ønsket selv en større plass i disse vurderingene, slik vi kunne forvente. Om denne faggruppens skepsis til legene således var et tegn på mistillit er umulig å avgjøre med sikkerhet.

Jeg vil trekke fram et annet tegn på at legenes tillit i befolkningen står i fare. Aftenposten har denne våren hatt en egen artikkelserie knyttet til døende mennesker og deres møter med leger og helsevesen. Artikkelserien har snarere vært en instans for å luften frustrasjoner over slette vurderinger enn lovprisninger av legenes omgang med både pasienter og pårørende. Forfatteren og musikeren Ketil Bjørnstad har stått for et av innleggene, der han omtalte historien til sin døende far. Med Bjørnstads deltakelse i artikkelserien fikk den økt publisitet, og legenes rolle i pasientehandling ble løftet enda høyere i samfunnsdebatten. Det vil alltid forekomme enkelthistorier der legene gjør dårlige vurderinger. Det ligger som en naturlig del av enhver yrkesrolle å kunne gjøre feil. Likevel er det et tankekors at enkelttilfellene kan ha blitt så mange at de løftes frem i media som en egen artikkelserie. Det er forskjell på enkeltstående feil og regelmessige gjentakelser av konflikter med pårørende. Man kan vanskelig omtale legenes

tradisjonelle rolle uten å nevne ordet pidestall. I dagens samfunn er legen revet ned av pidestallen. Befolkningen krever innsyn i journaler, de krever å bli hørt, og de krever ikke minst kommunikasjon med legene basert på gjensidig respekt. Det er verdt å nevne at 9 av 10 klager på leger omhandler mangelfull eller respektløs kommunikasjon, og ikke medisinsk behandling.

7.4 – Legenes mandat II – støtte fra Aristoteles

Men hvordan skal de aktuelle avgjørelsene fattes ? Og hvem skal fatte dem ? Aristoteles ville hevde leger alene vil kunne tilegne seg erfaring i slike situasjoner, og med det bedre overveielser på sikt. Veiledet av eldre og erfarne leger vil de yngre legene kunne skaffe seg slik erfaring i trygge omgivelser for pasientene, og med det tilegne seg klokskap. En praktisk vanskelig faktor her er akutt situasjoner, som damen jeg sto overfor på skjæret i Rogaland.

Legene selv mener de er best skikket til å foreta avgjørelser om behandlingsunntakelse. Dette har jeg fått bekreftet gjennom utallige samtaler med kollegaer, og det bekreftes også av svarene legene ga på om de var «kloke nok» i disse situasjonene. Over 80 % av legene anså sin egen yrkesgruppe som kloke nok i møte med vår problemstilling. Men årsaken til denne tildelingen av myndighet til egen yrkesgruppe varierer mellom to begrunnelser. «Hvordan kan filosofer si noe om dette når de ikke har stått i situasjonene som besluttende aktører?». Slik kunne en tilfeldig valgt lege uttale seg i denne saken. I dette utsagnet ligger to fortolkninger av årsaken til at filosofene kommer til kort. Den ene fortolkningen spiller på filosofenes (og andres) manglende mulighet til å erverve klokskap gjennom erfaring i disse situasjonene. Dette er en begrunnelse i Aristoteles' ånd. Bare leger kan utvikle klokskap i møte med døende mennesker, så lenge det er leger som eksponeres for pasientene og handlingsvalgene.

Den andre fortolkningen spiller på den emosjonelle siden ved å møte døende mennesker. Det emosjonelle forsterkes naturlig nok av at legen ikke bare er bisitter, men også er aktøren som beslutter å snu ryggen til, og lar pasienten dø. Jeg tror begge fortolkningene har relevans. Den emosjonelle siden av behandlingsunntakelse skal ikke undervurderes. Det er stor forskjell på å vurdere enkeltsaker på et trygt kontor, og å stå i problemstillingen med hele seg.

Men viktigere er det å dvele nok en gang over forutsetningene for at leger skal bære

ansvaret i disse situasjonene. Da tenker jeg ikke på praktiske vansker knyttet til legevaktkjøring, men snarere til aktørenes (legenes) beskaffenhet. Dette punktet ble utførlig omtalt i kapittelet om Aristoteles, men er verdt å knytte opp mot diskusjonen om legene.

Det er av avgjørende betydning at aktøren gjenkjenner en situasjon som en moralsk problemstilling og erkjenner det som interessant og utfordrende. Ellers vil erfaringene gå legene hus forbi. Man erverver ikke erfaring uten ettertanke. I tillegg må legene ta seg tid til å reflektere i en travel hverdag. Og til sist er ydmykhet, som en aristotelisk dyd, avgjørende for læringen og møtene med pasienter og pårørende. Ingen kan vite alt, spesielt ikke innen kompliserte moralske dilemmaer. Således var det mest iøynefallende i min undersøkelse ikke et svar jeg ba om, men snarere en frittstående kommentar notert av en lege. Han virket meget irritert over jeg i det hele tatt kunne ta opp behandlingsunntakelse som problemstilling, og hadde notert i margin : «kan dette være så vanskelig da ?». Vår problemstilling hadde fremstått enkel dersom legene ga entydige svar på hvorvidt de omtalte pasientene skulle gjenopplives. Sålenge svarene varierte i stort monn, ikke minst innad i legegruppen, fremstår dette svært vanskelig. Det er uakseptabelt at overveielsene og med det behandlingsvalgene skal variere fra dag til dag. Vi må ihvertfall forsøke å nå «bedre» avgjørelser. Men uten legenes erkjennelse av dette som moralsk komplisert vil ikke klokskapen blant leger øke, behandlingsvalgene variere tilfeldig, og befolkningen vil stille stadig mer kritiske spørsmål med svekket tillit til helsevesenet som følge.

Det er et skremmende faktum å registrere at refleksjon rundt etiske verdivalg har en svært liten plass i kommunikasjonen mellom og utdanningen av leger. Jeg vil peke på to spesifikke forhold som gjenspeiler dette. For det første har etikk en svært begrenset plass i utdanningen av leger. Jeg erfarte selv at undervisningen innen etikk ofte ble avholdt som dagsseminarer dagen før eksamener. Og disse seminarer var valgfrie med den følge at de fleste studentene var hjemme og leste mer eksamensrelevant litteratur. For det andre er det blant leger lite rom for «tømming» etter vanskelige avgjørelser. Da jeg selv var kommet tilbake til legevakten etter opplevelsen med den unge damen på skjæret måtte jeg gå direkte i nye pasientkontakter, uten noen form for refleksjon eller samtale om hva vi hadde opplevd. Ambulansepersonalet derimot, dro rett til obligatorisk debriefing. Der hersker en eldgammel kultur knyttet til legenes rolle, også blant leger. «Dette må du tåle. Dette har du valgt selv.» lyder gjenklagen av denne kulturen.

Vi må også spørre oss hvem som er leger for å vurdere deres beskaffenhet. Sagt i samme språkdrakt som under temaet behandlingsunntakelse: hvem selekteres til å bli leger? Etter mitt syn er legeryrket det mest romantiserte yrket i Norge. Å kle rollen som lege medfører en del sekundærgevinster, ikke minst i form av statussymboler. Dette temaet var jeg interessert i allerede som student. Jeg spurte flere av mine medstudenter : hvorfor har dere valgt å studere her? Ofte var svaret at foreldrene var leger, det var forventet av dem, eller helt enkelt at de måtte få noe ut av sine gode karakterer fra videregående skole. Det er litt som med dyrlegen i sangen «Dyrene i Afrika». Som barn tror vi det bare er å gi krokodillen en pille fordi den har så vondt i magen. Som voksne er vi naive overfor belastningen det faktisk er å være lege. For det koster å møte sykdom og død. Og det koster å samtale med pasienter og pårørende. Jeg er viss på at mange leger ikke er forberedt på denne belastningen når de velger sitt studium. Dette viser seg gjennom gjentatte levekårsundersøkelser mellom forskjellige yrkesgrupper. Blant leger er hyppigheten av depresjoner, alkohol- og pillemisbruk samt suicidrate over gjennomsnittet for den øvrige befolkningen. Jeg er viss på at dette henger sammen med belastningen legerollen medfører i kontakt med sykdom og død. Også oppfølgingsspørsmålene jeg stilte til legene peker på disse forholdene. 40 % av legene hadde vært engstelige for å havne i situasjoner knyttet til behandlingsunntakelse, 45 % av legene var redde for kritikk av sine avgjørelser, og 24 % hadde følt seg overgitte og alene når avgjørelsene skulle fattes. At legene i det hele tatt er engstelige for å havne i slike situasjoner innebærer noe ydmykt hos disse legene. Man frykter ikke det man ikke anser som krevende. Og det krevende i denne situasjonen er å fatte avgjørelser. Avgjørelsene er store, de angår liv og død, og behandlingsvalget er ikke gitt idet situasjonen åpenbarer seg. Jeg vil hevde at disse legene hadde erkjent situasjonene som moralske dilemmaer, og med det begynte en reise mot erfaring. Oppgaven til samfunnet er her å skjerme om legene mens de skaffer seg erfaring, slik at belastningen ikke blir for stor på reisen mot klokskap. Sålangt det lar seg gjøre bør bemanningen ved sykehus og på legevaktene være store nok til at de yngste og mest uerfarne legene ikke står alene i disse situasjonene unødig.

Tverrfaglige råd er opprettet ved alle norske sykehus for å sikre disse avgjørelsene. Det er et verdt å merke seg undersøkelser som viser at det er legene som har mest motstand mot og lite oppmøte i disse rådernes møter. Jeg antar dette gjenspeiler den manglende lysten leger har til å diskutere dette tverrfaglig, kanskje av flere årsaker enn mangel på

interesse. Den tidligere nevnte profesjonskampen kan her spille inn, i tillegg til det alltid-tilstedeværende synet at legene har for lite tid.

Jeg kjenner mange leger, og de fleste er av ypperste beskaffenhet både i medisinskfaglig og moralsk forstand. Men dagens aktuelle nyhetssituasjon beviser ikke minst dette: det skal bare en slett aktør til for å utføre uønskede handlinger med omfattende og katastrofale følger. Handlingsrommet for å krenke individer er stort for leger, sett i sammenheng med antallet pasienter en lege møter gjennom sin karriere. Som i befolkningen ellers er leger en mangfoldig gruppe mennesker, og det er «cowboy-legene» jeg vil utfordre med min avhandling. Sagt på en annen måte: de som ikke finner temaet behandlingsunnløst viktig er de som kanskje aller mest burde lese min avhandling. Når det gjelder erkjennelsen av behandlingsunnløst som et moralsk dilemma vil jeg for siste gang vise til min tidligere undersøkelse. Ingen av legene mente det var mulig å lage et regelverk og fatte retningslinjer i disse situasjonene. Dette tar jeg til inntekt for at også legene erkjente kompleksiteten i situasjonene. Videre vil jeg peke på at 77 % av legene anså sin erfaringsbakgrunn i møte med døende mennesker å komme fra deres profesjonelle liv. Bare 20 % erkjente at både privatliv og profesjonelt liv vil ha innvirkning. Etter mitt syn var det med dette kun 20 % som erkjente sin moralske og verdimeslige grunnutrustning, i aristotelisk ånd ervervet livet gjennom, som en førende faktor i møte med verdivalg også i rollen som lege.

Som siste punkt i diskusjonen om hvem som er leger vil jeg avslutte med å gjengi en samtale jeg hadde med selverklært nevrofilosof, men også tidligere seksjonsoverlege ved nevrokirurgisk avdeling på Rikshospitalet, dr Lindegaard. Vi samtalte vedrørende psykisk utviklingshemmede, og han hevdet denne gruppen mennesker utgjorde et «parasamfunn» i befolkningen. Jeg må gi han rett i det, sett i sammenheng med deres avgrensede og skjermete fysiske verden sammen med deres begrensede muligheter til fri livsutfoldelse. Dette kan hevdes uten å komme i konflikt med anerkjennelsen av deres ukrenkelige menneskeverd. Men etter samtalen slo det meg: jammen utgjør leger også et parasamfunn. Leger lever i en skjernet og privilegert verden, med stort preg av stammespråk. Som gruppe lever leger på mange måter i en parallell verden til den øvrige befolkningen.

Vi nærmer oss slutten på omtalen av behandlingsunnløst. I konklusjonen slutter jeg

meg til Aristoteles; leger bør fatte avgjørelser om behandlingsunnlattelse. I tråd med Aristoteles bygger jeg dette på muligheten til å erverve erfaring. Men, og jeg legger til et stort men, det avhenger av legenes innstilling til tematikken. Det er på tide å trekke inn begrepet `medisinsk skjønn`. Dette begrepet opptrer regelmessig i medisinsk litteratur, og da alltid der klare retningslinjer er fraværende. Aristoteles knyttet skjønn til rimelighet, og skjønn gjenspeilet aktørens klokskap. Å utvise godt skjønn er således å fatte alle relevante sider av problemstillingen.

For å utdype dette vil jeg trekke frem to leger med motsatt tilnærming til enkeltmenneskers verd og vedighet. På den ene siden står mitt idol som lege: min egen tante Ingebjørg. Gjennom 40 år som lege ved kreftavdelingen for barn på Rikshospitalet gjorde hun seg bemerket ved både faglig kompetanse og medmenneskelighet i møter med pasienter og pårørende. Det viste seg i omdømmet hun opparbeidet seg både blant andre ansatte og de behandlingstrengende. På den andre siden står Joseph Mengele, viden kjent som lege i 40-årenes nazi-Tyskland. Ved å utføre forskning i medisinsk-teknisk øyemed på mennesker (jøder) uten mulighet til å motsette seg intervensjonen, gjorde han seg skyldig i de dypest tenkelige krenkelser mot enkeltmennesker og menneskeheten generelt. Denne motsetningen mellom to medisinsk utdannede og utøvende leger viser to ting jeg har argumentert for, støttet av Aristoteles. Det viser først og fremst forskjellen på aktverdige siktemål og klokskap i overveielser kontra det motsatte. Men i tillegg viser det igjen til tradisjonelle medisinske fags begrensning. Mengele kan ha vært dyktig innen sitt fag tolket under Technes nedslagsfelt. Det er anvendelsen, vist ved mangelen på klokskap og aktverdige siktemål, som er gjenstand for den dypeste form for kritikk av Mengeles aktivitet.

Det knyttes forutsetninger til å bli en god moralsk aktør i denne sammenhengen. Å erkjenne at dette er krevende og samtidig reflektere over egne føringer knyttet til sin egen moralske grunnutrustning er et godt sted å starte. «Kjenn deg selv» lyder budskapet fra sofistene, som nevnt tidligere.

Kap 8 - Avslutning

Jeg vil avslutningsvis trekke tråder lenger enn hva min opprinnelige problemstilling skulle tilsi. Vi har utforsket legenes møter med pasienter som er i ferd med å dø, i det minste uten legenes hjelp. Og det har vært opp til legene å avgjøre hvorvidt livreddende hjelp skulle iverksettes. For å vurdere handlinger i dette vanskelige moralske terrenget har jeg hevdet at Aristoteles fremdeles har sin aktualitet og gyldighet. Med sine styrker i fokuseringen på det partikulære og føringer på aktørens (legens) klokskap, har Aristoteles vist oss hvordan vi kan bevege oss i behandlingsunntattens ulendte moralske terreng. Men trenger arven fra Aristoteles å slutte der? Kan nedslagsfeltet for aristotelisk klokskap favne bredere enn til vår problemstilling? Flere tusen år med skrevne verk og utallige diskurser i både akademiske og ikke-akademiske fora har ikke frembragt en teori med svaret på «alt» i holistisk forstand. Slik jeg hevdet i innledningen vil eksempelets makt alltid kunne overprøve en rigid handlingsteori bygget på faste kriterier for «riktig» handling. Man trenger bare å endre eksemplene, noen ganger bare litt, andre ganger ganske mye, men til slutt vil en rigid og universell handlingsteori møte sin begrensning. Sagt på en annen måte: kompleksiteten legen møter i vår opprinnelige problemstilling kan uten større problemer overføres til andre arenaer. Overføringsverdien av aristotelisk klokskap til andre situasjoner preget av partikularitet og kompleksitet er stor.

Aristoteles, til forskjell fra mer rigide og universelle teorier, møter ikke sin begrensning i møtet med eksempler. Kritikken knyttet til partikularitet vendes i komplekse situasjoner til en styrke. Det er snarere aktørens beskaffenhet som et moralsk handlende vesen som truer aristotelisk klokskap med fallitt. I en verden med tilnærmet ideelle, velreflekterte og i det minste ydmyke aktører vil dygdsetikkens formel for etisk overveielse være uovertruffen. I vår verden står vi i fare for at dårlige overveielser iverksettes, og vesener med moralsk status krenkes dypt og ofte. Jeg benytter nå termen levende vesener for å vise at nedslagsfeltet til dygdsetikken kan strekke seg også inn i miljødebatten. Jeg kunne brukt termen mennesker, men velger å utvide horisonten.

Denne avhandlingen har hatt som hensikt å utlede en tenkemåte for å bevege seg i et moralsk terreng der verdier kommer i konflikt. I den forstand har siktemålet mitt vært å synliggjøre det fruktbare båndet mellom aristotelisk overveielse og et reflektert

verdisyn. Misforstå meg rett, jeg er svært interessert i debatten knyttet til behandlingsunnløst. Men vår diskusjon kan også sees som et fora å diskutere aristotelisk klokskap og hva som egentlig utgjør verdier i vår verden, sett i en videre sammenheng. Diskusjonen knyttet til verdi har i mine øyne fått lite oppmerksomhet de siste årene. Eller sagt på en annen måte: når det snakkes om verdier snakkes det implisitt om penger. Men verdi er så mye mer. Når «verdikommisjonen» ble oppnevnt i januar 1998 under Bondeviks regjeringstid tenkte jeg at verdispørsmålet hadde vunnet sin plass og kunne skape endring i samfunnsdebatten. Fra Wikipedia kan vi lese følgende om verdikommisjonen : «Hovedmålet med Verdikommisjonen var at den skulle «bidra til en bred verdimesig og samfunnsetisk mobilisering for å styrke positive fellesskapsverdier og ansvar for miljøet og fellesskapet». Det ble ifølge mandatet ansett som viktig «å motvirke likegyldighet og fremme personlig ansvar, deltagelse og demokrati»».

Slik jeg ser det var verdikommisjonens funksjon ikke å komme til svar, men snarere å skape debatt rundt middagsbordene i norske hjem. Folk snakket plutselig om verdier, og hva verdier egentlig er. Sånn sett var kommisjonens arbeid fullført idet den var utnevnt. Men debatten var dessverre forbigående.

For å vokse moralsk, bli klokere mennesker, ta vare på hverandre og i siste instans redde jorden fra undergang er jeg sikker på at verdimesig vekkelser hos enkeltmennesket er avgjørende. Slik slutter jeg meg til Vetlesens syn fremstilt i boken Nytt Klima. Men jeg går gjerne lengre. Avmytifiseringen av naturen Vetlesen omtaler har avleggere. Jeg vil påstå at vi også er i ferd med å avmytifisere mennesker. Den Andre vekker ikke moralsk appell i Levinas' ånd. Den Andre er et teknologisk fenomen bygd opp av nevroner, neurotransmittere og andre fysiologiske prosesser. Og alle andre kan beveges til å handle i en retning aktøren selv ønsker. Vi beveger oss mot det innsnevrede kartesianske Cogito ergo sum, som i utdypet tolkning kan fremstilles som : Jeg tenker, altså er ihvertfall jeg for meg.

For å nærme oss riktigere, og i viktigere henseende, «godere» handlinger, er to faktorer avgjørende. Vi trenger et handlingsteknisk terreng å bevege oss i, og vi trenger vekkelser hva angår verdier. Eller, vi trenger å snakke om og avgjøre hva som er viktig i verden, og vi trenger å bli klokere når vi overveier veiene mot disse målene.

I en verden med ideelle aktører, en mengde mennesker med Gandhis verdisyn, ville aristotelisk klokskap kommet til sin fulle rett. Regler ville vært overflødige, og det ville

ikke vært farlig å sette handlingsfriheten fri. Sålenge våre siktemål som aktører preges av snevre og lite gjennomtenkte verdisyn må vi innrette oss annerledes. Mulighetene for en enkelt aktør til å krenke andre i søken etter sine lite aktverdige mål må begrenses. Mitt poeng er som følger: det er ingen iboende motsetning mellom sosialismens ideal om å ivareta sin neste, og enkeltmenneskets handlingsfrihet. I vår verden trenger vi likevel innskrenkninger på handlingsfriheten for å beskytte de svake, de som ikke kan ytre egne preferanser, og de som ikke er utstyrt med rasjonalitet. Misforstå meg rett, jeg retter ikke kritikk mot menneskets rasjonalitet. Jeg er retter kritikken mot hva rasjonaliteten kan utføre når kunnskaper innen techne anvendes uten gjennomtenkt verdimesig forankring. For å trekke diskusjonen tilbake til legenes arena vil jeg påstå at medisinsk kunnskap, forstått som Techne, i dagens samfunn lever sitt eget liv. Vi forsker for forskningens skyld. Aktørene har mistet forankringen i reflekterte mål. Målsetningen er å oppnå en doktorgrad for graden, karrieren og anseelsens skyld. Slik kan Techne bli som et ondartet virus å regne. Techne lever sitt eget liv og krever stadig større del av verten (oss, verden og våre verdisyn). Uten klokskap og refleksjon er vi som orienteringsløpere uten kart eller kompass. Flinke til å løpe, men uten retning. Overført til legenes virkefelt: flinke til å behandle, men uten innsikt i hva og hvem vi skal behandle. For å vise til eksempler og trekke paralleller til legenes rolle en siste gang; som meteorologer snakker leger om *prognose*, i betydningen forutelse eller forutseelse. Meteorologer melder værprognosen, og befolkningen innretter seg etter det ved å kle seg i shorts eller ta med paraply ut. Det unike for leger er muligheten til å *endre* prognosen ved intervensjon. Denne muligheten har ikke meteorologene. Kunsten er å vite når prognosen skal endres. Et annet eksempel vil jeg knytte til atomfysikere. Disse har funnet opp atombomben, i noens syn et gode og i det minste et tegn på Technes fremgang. Men atomfysikere settes ikke til å forvalte bruken av atombombene. Det spesielle for leger er at vi i samme rolle er skapere og innehavere av Techne, og samtidig de som forvalter kunnskapen.

Aristotelisk klokskap knyttet til opplyste verdier kan føre utviklingen mot bedre mål, og i siste instans mot overlevelse for oss alle. Med tanke på enhver moralsk og kompleks problemstilling vil jeg konkludere med følgende: klokskap, innsikt i egne moralske føringer og et gjennomtenkt verdisyn kan utgjøre en avgjørende forskjell. I vår snevre problemstilling knyttet til behandlingsunlatelse utgjør det ikke minst forskjellen på legehåndverk og legekunst.

Epilog

Som avsluttende ord vil jeg bli personlig for siste gang i denne avhandlingen. Jeg føler at teksten krever det av meg. Interessen for behandlingsunntak fikk jeg da jeg fulgte Sara til sykehuset og hun ble tildelt behandlingskoden R-minus uten forutgående undersøkelse. Etter dette har jeg vært var for slike situasjoner, og opplevd noen selv. Likevel har jeg vært forskånet for de kompliserte avgjørelsene. Situasjonene jeg har stått i som lege der pasientene trues av død har aldri ført til overveielser i aristotelisk forstand. Selv om døden har vært nært forestående har «rett» behandlingsvalg ligget fremme i dagen, som i tilfellet med den unge damen på skjæret. Denne situasjonen krevde ingen egentlig overveielse av meg, hun skulle gjenopplives. Som ung lege har jeg likevel vært passiv tilhører til en mengde diskusjoner blant mer erfarne leger der handlingsvalgene ikke var like opplagte. Det var en stor opplevelse for meg å møte Aristoteles gjennom den Nikomatiske etikk. I tillegg til å gi et moralsk terreng å bevege seg i gir han oss den verdifulle distinksjonen mellom Techne og Phronesis. Mitt inntrykk er at det er innenfor denne distinksjonen diskusjonene mellom leger sporer av. Mange leger tror avgjørelsene om behandlingsunntak bygger på rent medisinske antagelser, og er blinde for medisinske fags begrensinger.

Man kan vanskelig snakke om temaet behandlingsunntak uten å fremstå som en bedreviter. Skepsisen er stor blant leger når noen hevder svar på vanskelige emner. Jeg har gjennom denne teksten bevisst unnlatt å gi svar på de spesifikke problemene. Svarene overlater jeg til leseren å gjøre seg en mening om. Min hensikt har snarere vært å skape undring, og belyse noen viktige emner som kan anspore diskusjonene mot reflekterte syn. Jeg har ikke svarene. Har jeg lært noe av å skrive denne avhandlingen, så er det at dette er vanskelig. Sånn har jeg kanskje skapt grobunn for erfaring hos meg selv. Jeg vender nå tilbake til legeyrket. Om mine overveielser blir bedre gjenstår å se.

Jeg vil fortelle hvordan det gikk med den unge damen på skjæret, nevnt i første passasje av avhandlingen. Hun ble liggende på intensivavdelingen på sykehuset i Stavanger i en uke før hun døde. Hele familien var rundt henne til det siste, men hun kom aldri til bevissthet. Fostrene i magen døde selvfølgelig med henne.

Hun har fulgt meg siden. Sammen med flere, noen historier gjengitt gjennom kasusene.

Litteraturliste

- Sarah Broadie og Christopher Rowe: «Aristotle. Nicomachean ethics.» (Oxford 2002)
- Arne Johan Vetlesen (red) : «NYTT KLIMA – Miljøkrisen i samfunnskritisk lys» (Gyldendal 2008).
- Arne Johan Vetlesen (red) : «Nærhetsetikk». (Gyldendal 1996)
- Anfinn Stigen: «Aristoteles. Etikk.» (Gyldendal 1973)
- Charles, David. I R Henaman (red): «Aristotle and Modern Realism». (Westview Press 1995).
- Cooper, John: «An Aristotelian Theory of the Emotions». (Princeton University Press 1999).
- Kraut, Richard : «Two Conceptions of Happiness». The Philosophical Review 88, No 2 (1979).
- Richardson Lear, Gabriel. I R Kraut (red) : «Aristotle on Moral Virtue and the Fine». The Blackwell`s guide to Aristotle`s Nichomachean Ethics. (Blackwell 2006).
- Striker, Gisela : «Aristotle`s ethics as a Political Science».
- Jodalen H : «Den gode død». Tidsskr Norsk Legeforening nr.8 1997
- Førde R, Aasland O G, Nilsen T H : «Medisinsk avslutning av liv.» Tidsskr Norsk Legeforening nr 24 1998
- Wifstad Å : «Medisinens holocaust.» Tidsskr Norsk Legeforening nr.8 1997
- professor dr med Rognum, Torleiv Ole : «Eutanasi – et nytt helsetilbud ?» Inter Medicos nr.1 1995
- Statens Helsetilsyn : «Bruken av resuscitering minus (R-) ved somatiske sykehus.» Rundskriv datert 09.02.01
- Det kongelige Sosial- og Helsedepartement : «Om verdier for den norske helsetenesta.» Stortingsmelding nr. 26 (1999-2000)
- Almindelig borgerlig Straffelov (Straffeloven) (1902)
- Hippokrates` ed gjengitt av Trond Berg Eriksen. Tenkningens historie. (Aschehoug 1982).
- LOV 1999-07-02 nr 63 : Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven)
- LOV 1999-07-02 nr 64 : Lov om helsepersonell mv (Helsepersonelloven)
- Den norske legeforening : «Ethiske regler for leger». Vedtatt av landsstyret 1961 med

endringer senest 2000

– Den norske legeforening : «Reglement for Rådet for legeetikk og avdelingens utvalg for legeetikk.» Vedtatt av landsstyret 1997 med endringer 1999.

– Verdens legeforening (World Medical Association). Vedtatt av den 18. generalforsamling i Helsinki, Finland, i juni 1964 med revisjoner senest 2000

– Søvik O, Næss A-C : «Forekomst og utforming av skriftlige retningslinjer for R-minus-ordre». Tidsskr Norsk legeforening nr.29 1997

– Dagbladets helsemagasin, 12 mai 2001

– Ruyter K W, Førde R, Solbakk J H: «Medisinsk etikk – en problembasert tilnærming». (Gyldendal forlag. Akademisk)

– Baune Ø, Christensen V, Haugen O A, Johnsen V, Sundin M-L, Aakre M : «Evaluering av forsøk med kliniske etikkomiteer». 1998