

Etiske utfordringer ved innføring av ny medisinsk teknologi

Sammendrag

Bakgrunn. Ny medisinsk teknologi kan oppfattes som at den bærer i seg et krav om at den bør tas i bruk når den først er der. Det er imidlertid en rekke økonomiske og etiske faktorer som legger, og som bør legge, sterke begrensninger både på anvendelse og utbredelse. Dermed er det noen som må avgjøre om, når og hvordan den skal tas i bruk.

Materiale og metode. I denne artikkelen drøftes de etiske sidene ved disse utfordringene med utgangspunkt i reelle problemstillinger og etiske teorier.

Resultater. Drøftingen konsentreres om fire sentrale etiske dilemmaer: Nytte kontra plikt, velgjørenhet kontra ikke skade, autonomi kontra paternalisme og individhensyn kontra samfunnshensyn.

Fortolkning. Når vi skal beslutte om, når og hvordan ny medisinsk teknologi skal tas i bruk, må ulike og kanskje motstridende hensyn veies opp mot hverandre. Den medisinske vitenskapen og etiske teorier kan gi oss argumenter i debatten, men i siste instans er dette verdivalg som krever moralsk dømmekraft.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Olav S. Lian

olaug.lian@ism.uit.no
 Institutt for samfunnsmedisin
 Universitetet i Tromsø
 9037 Tromsø

John-Arne Skolbekken

Johnas@svt.ntnu.no
 Psykologisk institutt
 Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
 7491 Trondheim

«Jeg krever retten til å være ulykkelig. For ikke å tale om retten til å bli gammel og stygg og impotent» (1). Hvorfor synes Villmannens ord å være mer aktuelle i dag enn i 1932 da Aldous Huxley utgav *Brave new world*? Svaret henger sammen med den medisinske teknologiens tvetydige karakter: På den ene side bringer teknologien (kunnskap, medikamenter, maskiner og instrumenter) med seg nye og bedre behandlingsmetoder og diagnostiske teknikker som innebærer muligheter for å bedre menneskenes liv og helse. På den annen side er det risiko; teknologien kan true menneskenes helse, liv og livskvalitet gjennom blant annet feilbehandlinger, bivirkninger, medikalisering av menneskenes liv og problematiske kroppsidealer (2, 3). Den kan også endre vårt syn på hva mennesket er og vår respekt for menneskeverdet (alle mennesker er formål i seg selv, og skal aldri brukes bare som et middel). Medisinsk teknologi kan således bli triumf og tragedie på samme tid. Kombinasjonen av mulighet og risiko er et karakteristisk trekk ved moderne medisin. Dette stiller fagets utøvere overfor vanskelige avveininger som krever et velbegrunnet faglig skjønn og en velutviklet etisk dømmekraft.

Det er den etiske dimensjonen ved disse utfordringene vi her skal drøfte. Hvilke etiske utfordringer står vi overfor ved innføring av ny teknologi, hvilke typer argumenter kan inngå i disse diskusjonene, og hvordan kan moralfilosofiske teorier være til hjelp? I det følgende drøftes fire hovedgrupper av etiske dilemmaer, eller motsetningsfylte handlingskrav: Nytte kontra plikt, velgjørenhet kontra prinsippet om ikke å skade, autonomi kontra paternalisme og individhensyn kontra samfunnshensyn. Konkrete problemstillinger inngår i drøftingen, men da først og fremst som illustrasjoner på de generelle dilemmaene de representerer. Hensikten er å gi en fortolkning av problemkomplekset, mer enn å komme med løsningsforslag.



Hovedbudskap

- Mange etiske utfordringer ved innføring av ny medisinsk teknologi består i å avveie en eller flere av fire hovedgrupper av potensielt motsetningsfylte handlingskrav: Nytte kontra plikt, velgjørenhet kontra prinsippet om ikke å skade, autonomi kontra paternalisme og individhensyn kontra samfunnshensyn.
- Det er ikke noe en-til-en-forhold mellom etisk teori og praksis. Etiske teorier bør derfor ikke betraktes som en beslutningsprosedyre, men som en ressurs i arbeidet med å klargjøre ulike hensyn og etisk relevante argumenter.
- Å sette likhetstegn mellom fag og etikk kan skape et moralsk vakuum som fritar faget for moralsk ansvar og gjør det utilgjengelig for kritikk, samt at det lett skaper en medisinsk praksis med utilitaristisk slagside.
- Til å løse de etiske dilemmaene trenger legen en velutviklet moralsk dømmekraft. Denne utvikles gjennom praksis hvor teoretiske kunnskaper brytes mot konkrete situasjoner.

Nytte og plikt

Et dominerende dilemma gjelder hvordan vi skal finne balansen mellom nytte- og plikthensyn. Dilemmaet kan knyttes til to dominerende moralfilosofiske teorier – pliktetik og konsekvensetik. Ifølge et pliktetisk (deontologisk) perspektiv finnes det visse allmenngyldige og absolutt forpliktende prinsipper (lover, normer eller regler) som angir våre etiske forpliktelser. Å handle etisk forsvarlig er å handle i samsvar med disse (4, 5). I et konsekvensetisk perspektiv er det handlingens hensiktsmessighet som teller. Hvorvidt en handling er etisk forsvarlig, avgjøres av hvilke virkninger den har. Det gjelder å handle slik at virkningene blir best mulig (5, 6). I et nytteperspektiv vil tiltak altså kunne legitimeres gjennom sine gunstige virkninger, i et pliktperspektiv kun hvis de er riktige.

Avveiningen mellom nytte- og plikthensyn utspiller seg i mange beslutninger som angår bruk av ny teknologi. Hvordan skal vi for eksempel forholde oss til nylig gjennom-

førte studier (WARIS-II; Warfarin Aspirin Reinfarction Study II) som taler for å utvide indikasjonsnivået for profylaktisk behandling med warfarin tilsvarende om lag 8 000 nye pasienter i Norge hvert år (medikamentet er gammelt, men kunnskapen er ny) (7). Dette er det legemidlet i Norge som har flest alvorlige bivirkninger, og i 2001 ble det rapportert 50 dødsfall som følge av warfarinbehandling blant ca. 45 000 brukere (8). Eventuelt 8 000 nye brukere vil trolig føre til ytterligere åtte dødsfall årlig, forutsatt at samme prosentats legges til grunn (0,1%). WARIS-studien gir grunn til å anta at flere av de nye brukerne vil få forlenget levetid og/eller bedre helse, men kan det likevel forsvares at noen må dø for at disse skal få det bedre?

De som mener dette er etisk forsvarlig, kan begrunne det med konsekvensetiske argumenter fordi i dette perspektivet er det summen av helse som teller, ikke fordelingen. Det sentrale er i hvilken grad de negative effektene blir oppveid av de positive. Hvis åtte dør av behandlingen, men flere enn åtte får forlenget levetid, og dersom antall tapte kvalitetsjusterte leveår er mindre enn antall vunne (som vil inkludere eventuelle bivirkninger), blir summen positiv. Argumentasjonen hviler på (minst) tre problematiske forutsetninger:

- At virkninger og bivirkninger lar seg måle og tallfeste ved hjelp av pålitelige målemetoder
- At alle individer vil oppleve helsegevinsten (eller forverringen) likt
- At det ikke er noen etisk relevant forskjell mellom den ulykke eller skade som oppstår «av seg selv» og den som følger av et behandlingstiltak

Fordeling av goder og byrder

I et pliktetisk perspektiv vil *fordelingen* av goder og byrder stå mer sentralt, i den forstand at det vil bli betraktet som uetisk å ta livet av åtte for å forbedre andres helse eller livskvalitet, ettersom det vil være å bruke dem som middel for utenforliggende formål og således krenke menneskeverdet. Slik sett trekker perspektivene i ulike retninger. Under visse forutsetninger kan praksisen likevel forsvares også innenfor et pliktetisk perspektiv: De som dør, må selv ha behov for behandlingen, være velinformert om mulige bivirkninger og akseptere risikoen.

Terapeutisk kloning og stamcellebehandling reiser noen av de samme problemstillingene (9). Konsekvensetisk kan denne teknologien forsvares med at den kan gi nye terapeutiske muligheter for å behandle mennesker med alvorlige, og hittil uhelbredelige, lidelser. Pliktetisk kan dette være betenkelig dersom stamcellene hentes fra befruktete egg eller fostre. Her kan det være en etisk relevant forskjell mellom fostre fra provoserte og fra spontane aborter, og mellom egg som er overtallige etter IVF-behandling og egg som befruktet utelukkende

i forsknings- og behandlingsøyemed. Å befrukte et egg i den hensikt senere å la det gå til grunne er særlig etisk betenkelig fordi det befruktete egget da utelukkende får en instrumentell bruksverdi, og et påbegynt menneskeliv skal ikke behandles kun som et middel. Det er likevel ikke slik at forholdet mellom teori og konklusjon er entydig, blant annet fordi det er ulike syn på spørsmålet om *når* et menneske blir et menneske. Med utgangspunkt i pliktetikken argumenterer Saugstad (10) for at vi kan bruke befruktete egg som midler for våre formål såfremt det ikke svekker vår følelsesmessige beredskap mot å bruke personer rent instrumentelt (men hvordan kan vi vite dette på forhånd?). Sentrale premisser i hans begrunnelse er skillet mellom egenverdi og menneskeverd, at et befruktet egg har egenverdi, men ikke menneskeverd, og at egenverdi ikke følges av et kategorisk forbud mot instrumentell utnyttning.

Prenatal diagnostikk er et annet felt hvor tilsvarende avveininger utspiller seg. Da denne teknologien kom, ble den blant annet begrunnet med at den kunne forhindre en del sykdommer som representerte «et betydelig problem innenfor helsestellet» og «meget betydelige utgifter for samfunnet» (11). Argumentene om å bruke denne teknologien for å forhindre at individer med uønskede gener blir født, eller manipulere genene for å redusere menneskelige lidelser og redusere økonomiske utgifter for samfunnet, er konsekvensetiske begrunnelser. I et pliktetisk perspektiv kan det argumenteres mot å benytte genteknologi i den hensikt å forhindre at individer med uønskede gener blir født fordi det innebærer en gradering av mennesker etter hvilke anlegg de har, eller hvor funksjonsdyktige de er, og således krenke menneskeverdet. Teknologien kan likevel også forsvares med pliktetiske argumenter, for eksempel at foreldrenes autonomi tilsier at den enkelte har rett til å velge selv (men her må foreldrenes rettigheter veies opp mot rettighetene til det ufødte barn).

Diskusjonen ovenfor viser at pliktetiske hensyn og nyttehensyn er krav som *kan* trekke i forskjellige retninger, men ikke nødvendigvis. Dersom vi antar at nytten av en handling klart vil overveie dets kostnader, men likevel mener handlingen ikke bør velges (fordi det vil være et brudd med et prinsipp; være galt), da har vi et moralsk dilemma som ikke lar seg løse på en måte som gjør at alle viktige legitime hensyn blir ivaretatt (12). Slike beslutninger er ikke vanskelige bare på grunn av usikre fakta eller fordi konsekvensene av alternative handlinger er ukjente og usikre, de innebærer konflikter mellom legitime hensyn som er uforenlige. Videre illustrerer diskusjonen at det ikke er noe entydig en-til-en-forhold mellom etisk teori og praksis. Det hender at teoriene leder til forskjellige konklusjoner, men som oftest kan samme standpunkt begrunnes innenfor begge perspektivene, bare ved hjelp av for-

skjellige argumenter (selv om argumentasjonen er forskjellig, kan konklusjonen bli den samme). Vi kan altså ikke slutte fra teori til praksis. Således gir etikken ingen klare svar.

Velgjørhet og prinsippet om ikke å skade

Et annet dilemma gjelder å finne balansen mellom prinsippene om velgjørhet og fremfor alt ikke skade (*primum non nocere*), hvilket kan beskrives som Frankensteins dilemma (13). For å handle i overensstemmelse med disse prinsippene må vi ha kunnskap om hvordan handlinger og handlingsunnlatelser kan påvirke andre. Usikkerhet knyttet til bruk av ny medisinsk teknologi innebærer risiko for skade pasienter, men å unnlate å ta den i bruk kan også medføre unødige lidelser. Dette vet vi ofte ikke før i ettertid, og det er alltid lett å være etterpåklok. I så måte blir dette et spørsmål om hvordan vi forholder oss etisk i en verden hvor usikkerheten råder. Hva skal regnes som akseptabel risiko, og hvem skal ta slike beslutninger?

Noe av dilemmaet kan eksemplifiseres med utgangspunkt i genteknologiens muligheter for å avdekke genetiske sykdomsdisposisjoner. Slik informasjon kan oppleves som et gode av dem som mottar den, spesielt hvis det kan iverettes tiltak som kan hindre eller forsinke sykdomsutbrudd. På den annen side kan det å få vite at man har en sykdomsdisposisjon, virke sykliggjørende og føre til bekymringer og redusert livskvalitet.

Når en genetisk sykdomsdisposisjon er identifisert hos en person, står vi overfor ulike valgmuligheter, blant annet forebygging, økt overvåking og profylaktisk kirurgi. Fjerning av organer eller kroppsdeler som har forhøyet risiko for å utvikle seg patologisk er blitt mer vanlig. USA er her, som ofte i slike saker, et «foregangsland». Kvinnens kropp har stått i sentrum i så henseende, med fjerning av bryst, eggstokker eller livmor. Slike inngrep ble mer aktuelle etter identifisering av de arvelige genene *BRCA1* og *BRCA2* i 1994 og 1995. Disse gir økt risiko for kreft i bryst og eggstokker. Inngrepene er kontroversielle fordi de utføres hos friske kvinner, fordi ikke alle bærere blir syke, og fordi behandlingen har uheldige bivirkninger, blant annet for tidlig overgangsalder, tap av fertilitet, infeksjoner, blødninger, skader på andre organer og i sjeldne tilfeller død (14). I tillegg kommer psykiske belastninger knyttet til det å miste en kroppsdelt som spiller en så sentral rolle i kvinners identitet. På den positive siden gir amputasjon av friske bryst og eggstokker redusert sykdomsrisiko (15).

I Norge er disse behandlingsformene langt mindre vanlige enn i USA. Dette har sammenheng med kulturelle forskjeller mellom landene, noe som gir seg utslag i ulike tilnærminger til innføring av ny teknologi. Generelt velger amerikanerne å benytte en behandlingsform inntil den viser seg å være

skadelig, mens britene, tyskerne og skandinaverne venter til det er dokumentert at behandlingen er god (16). Selv om denne generaliseringen er noe unyansert, illustrerer den like fullt to motstridende grunnholdninger til innføring av ny teknologi. Med den første tilnærmingen er risikoen størst for at teknologien kan bli innført for tidlig, om det viser seg at den fører til alvorlige skader. I den grad beslutningen er gjenstand for etiske refleksjoner, kan det sies å være prinsippet om velgjørenhet som er gitt forrang, og det gis gjerne en nytteetisk begrunnelse for dette valget. Den andre tilnærmingen gir forrang til ikke-skade-prinsippet, hvor valget gjerne begrunnes med pliktetiske argumenter. Med denne tilnærmingen risikerer vi at teknologien innføres for sent, hvilket medfører at den ikke gjør den nytte den kunne ha gjort.

Ser vi historisk på det, er det flere eksempler på at teknologi er blitt tatt i bruk, selv om den i etterpåklokskapens lys ikke burde vært det. I Norge i nyere tid er lobotomeringen av pasienter med psykiske lidelser i 1940- og 50-årene trolig et av de verste eksemplene, hvor inntil en av fire pasienter døde som en direkte følge av inngrepet (17). Tallet er høyt, tatt i betraktning at dette var personer som ikke hadde dødelige lidelser, at det ofte ikke forelå informert samtykke, og at inngrepenes positive effekter var høyst variable og usikre. Den høye mortaliteten sier noe om den risiko behandlerne var villige til å ta. Andre eksempler, med invaliderende konsekvenser, er høydoseoksygenbehandling av premature (18) og forskrivning av thalidomid til gravide kvinner (19). Argumentasjonen for kunnskapsbasert medisin inngår i etterpåklokskapen etter slike medisinske katastrofer. Eksempler på medisinsk teknologi som er tatt i bruk for sent er ikke like fremtredende. Bruk av mifepriston (RU 486) til svangerskapsavbrudd og screening for cervixcancer og mammacancer er teknologier som kanskje ble implementert for sent, men hvor historiens dom ennå ikke foreligger.

Kravet om at medisinen skal være kunnskapsbasert kan i denne forbindelse oppfattes som et vern mot at ny teknologi blir innført for tidlig, men det er også mulig å hevde at det kan føre til at noe tas i bruk for sent. Vurderingen av om en teknologi blir innført for tidlig eller for sent, vil alltid ha i seg elementer av etterpåklokskap, på et tidspunkt da vi sitter med et fasitsvar. I nåsituasjonen uten fasit er vi nødt til å forholde oss til kunnskapsmessig usikkerhet og uvitenhet (20). Et aktuelt eksempel på dette er xeno-transplantasjon, hvor usikkerheten vedrørende smitterisiko «gjør det påkrevet å anvende føre-var-prinsippet som en grunnleggende norm» (21).

I praksis kan det av og til vise seg at vi blir nødt til å prøve og feile. Hva slags prøving og feiling kan vi i så fall etisk sett begi oss inn på? Svaret på dette avhenger bl.a. av hva vi oppfatter som akseptabel risiko, hvilket

endrer seg over tid og varierer mellom kulturer. Anestesiologiens tidlige utvikling, hvor mortaliteten var betydelig større enn nå og med dyrekjøpte eksempler på prøving og feiling (22), illustrerer hvordan forhold som virker uakseptable med dagens standarder, en gang var uttrykk for en akseptabel risiko (sett fra behandlerens side).

Hvor sikkert er sikkert nok? Spørsmålet må stilles kontinuerlig, også når det gjelder etablerte teknologier. Dette taler for at alle tiltak må overvåkes nøye av produsent- og helseorganer med henblikk på eventuelle bivirkninger (her kan et reseptbasert legemiddelregister gjøre en viktig jobb dersom det blir etablert, slik Helsedepartementet har foreslått, men som Legeforeningen har gått imot). Spørsmålet om det finnes teknologier som vi ikke kan tillate oss å prøve og feile med, dukker også opp. Dette kan eksempelvis gjelde for genteknologi og annen bioteknologi.

Autonomi og paternalisme

Et tredje dilemma gjelder spørsmålet om hvordan vi kan ivareta legens etiske forpliktelse til å hjelpe mennesker, som jo krever en viss paternalistisk innstilling fra legens side, og samtidig respektere pasientens autonomi.

Tradisjonelt har det vært opp til legene og teknologene å bestemme når en ny teknologi skal innføres. Legen og pasienten har ulikt ståsted. Legenes fagbakgrunn gjør at de lett ledes inn i en ensidig naturvitenskapelig helseforståelse som ikke tar hensyn til den livsverden det enkelte mennesket står i, og som er tomt for erfaringsnært innhold (23). Det er derfor positivt at utviklingen nå går i retning av at problemstillingene ikke bare besvares ad teknokratisk vei, men også blir gjenstand for mer demokratiske beslutningsprosesser. Dette knytter seg til legens og pasientens medbestemmelsesrett på mikronivået, men også til politikernes og mediens tilnærming på makronivået.

Idealet om pasientens medbestemmelse og informerte samtykke er vanskelig å realisere, blant annet på grunn av kompetansegapet i lege-pasient-relasjonen og metodeproblemer knyttet til holdningsstudier. En nylig publisert studie om legers og pasienters holdninger til antikoagulasjonsbehandling illustrerer noe av problemet (24). Forskerne argumenterer for at pasienter er mer risikovillige enn leger, blant annet var 57 % av pasientene villige til å akseptere blødningskomplikasjoner hos en av fem behandlede pasienter over en toårsperiode. Dette er slående tall, men er det valide data? Pasientene ble presentert for en historie som begynner med «you feel unwell for two days», og etter et kort sykehusopphold med blodoverføring og piller ender det med at «you are back to normal». Når blødningen beskrives som en bagatell, er det forståelig at den blir oppfattet som en bagatell. Hadde vi beskrevet forløpet til en blødning med dødelig utfall, ville svarene sannsynligvis blitt ganske annerledes.

Metodeproblemene reiser spørsmål om i hvilken grad leger bør vektlegge slike studier når de vurderer om de skal foreslå behandling eller ikke (men vurderinger fra egne pasienter må selvfølgelig vektlegges).

Tradisjonelt er spørsmålet om informert samtykke knyttet til deltakelse i medisinsk forskning og risiko knyttet til medisinsk behandling. Etter hvert har det blitt mer vanlig å innhente informert samtykke også ved screening og andre forebyggende tiltak. Det stilles nå spørsmål ved om det samtykke som innhentes, er basert på informasjon som fremhever fordelene og toner ned ulempene ved screeningen (25, 26). En mulig konsekvens av å gi pasientene mer informasjon er at færre vil slutte opp om masseundersøkelser, hvilket har vist seg å skje når eldre menn blir grundig informert om fordeler og ulemper ved testing for prostata-spesifikk antigen (27, 28).

Et kjennetegn ved forebyggende medisin er at det knytter seg usikkerhet og uvitenhet til den når funn fra epidemiologiske studier skal omsettes til tiltak på individnivå. Dette gjør at det er vanskelig å si hva som er den riktige beslutningen, enten det er den autonome pasienten eller den paternalistiske legen som tar den. Flere fremhever derfor dialogens betydning når vanskelige beslutninger skal tas (29, 30). Til dette bildet hører også at autonome individer er sosiale individer, som er forpliktet overfor sine medmennesker til å ta beslutninger som også ivaretar verdier som rettferdighet og likeverd.

Individhensyn og samfunnshensyn

Innføringen av ny teknologi må sees i et samfunnsperspektiv. Et av dilemmaene blir derfor å veie hensynet til en bestemt pasient opp mot hensynet til andre individer, til samfunnet i stort og til fremtidige generasjoner. Denne dobbelte forpliktelse overfor individ og samfunn skaper en lojalitetskonflikt for faget og utøverne (31).

Rettferdighet i fordelingen av helsegoderne er et viktig samfunnshensyn. Den økende avstanden mellom tilbud på og etterspørsel etter helsetjenester gjør det nødvendig å prioritere mellom verdig trengende. Prioritering betyr å sette noe foran noe annet, og innebærer som oftest at når vi sier ja til en ting, sier vi samtidig nei til noe annet. På denne bakgrunn kan vi si at en teknologi kan innføres for tidlig, til tross for at den i seg selv er fordelaktig og lite skadelig, dersom den fører til at pasientgrupper med mer legitime behov ikke får behandling.

Hensynet til befolkningen som helhet og/eller fremtidige generasjoner er også aktuelt i forhold til pågående diskusjoner om xeno-transplantasjoner. Vi har per i dag svært lite kunnskap om langsiktige samfunnsmessige konsekvenser av slik teknologi. Teknologien innebærer risiko for overføring av infeksjonssykdommer fra dyr til mennesker, og berører derfor mange flere enn dem som får det transplanterte organet. Helsegevinsten

for den enkelte xenotransplanterte pasient må derfor veies opp mot den risiko som kan påføres andre, inkludert fremtidige generasjoner. I slike avveininger må vi ta stilling til i hvilken grad det er riktig at noen individer påføres risiko for at andre skal få forbedret sin helse eller livskvalitet. I tillegg kommer spørsmålet om hvordan teknologien kan komme til å påvirke vårt syn på mennesket og dets vesen.

Vaksinering er et annet eksempel hvor denne avveiningen er fremtredende. Begrunnelsen for å vaksinere hele befolkningsgrupper ligger alltid i langsiktige kollektive effekter. Dette blir ansett som et så viktig hensyn at det rettferdiggjør å vaksinere enkeltindivider som kan utsettes for større risiko for skade enn nytte av vaksinen.

Å tilnærme seg dilemmaene

Mange av dilemmaene i forbindelse med innføring av ny teknologi består i å avveie *potensielt* motstridende hensyn som nytte kontra plikt, velgjørenhet kontra ikke skade, autonomi kontra paternalisme og individhensyn kontra samfunnshensyn. I forsøkene på å håndtere slike motsetningsfylte handlingskrav har mange satt likhetstegn mellom det som er medisinsk riktig og det som er etisk riktig, eksempelvis ved å si at det er uetisk å bruke ressurser på behandlingsmetoder som ikke har dokumentert nytteeffekt, at indikasjonsnivået for warfarinbehandling skal utvides fordi nytteeffekten er positiv, eller at terapeutisk kloning er etisk riktig fordi det kan lede til ny kunnskap og nye behandlingsmetoder.

Å slutte direkte fra medisinsk-faglig riktig til etisk riktig er nærliggende, ettersom vi gjerne betrakter medisinen som et etisk prosjekt som går ut på å hjelpe medmennesker i nød (redde liv, helbrede, trøste etc.). I et slikt perspektiv kan motsetningen mellom etikk og fag virke absurd. Problemet er bare det at faget har en etisk slagside. Vitenskapen, inkludert den medisinske, er i sin natur resultatorientert og mål-middel-rasjonell. Dermed ligger nytteetikken snublende nær. Har vi ikke en bevisst etisk holdning, blir det lett til at utilitarismen sniker seg med, som nissen på lasset. Dette er uheldig ettersom det bare er ut fra ikke-utilitaristiske moralsyn mennesket kan ha egenverdi. I tillegg bidrar likhetstegnet mellom fag og etikk til å skape et moralsk vakuum som fritar faget for moralsk ansvar, og som gjør det utilgjengelig for kritikk.

Etiske dilemmaer bør ikke velges bort eller kamufleres med faglige argumenter, de bør synliggjøres og løses. Til å løse dem trenger blant annet moralsk dømmekraft. Dømmekraften ledes ikke av generelle regler, avveiningene må skje ut fra det spesifikke ved gitte situasjoner. Etiske teorier kan her være til hjelp, ikke som beslutningsprosedyre, men som en ressurs for beslutningstaking. Blant annet kan de hjelpe oss til å skille og klargjøre forskjellige hensyn som

drar oss i ulike retninger. Det er bare gjennom å holde ulike hensyn og argumenter fra hverandre at vi kan veie dem opp mot hverandre.

Moralsk dømmekraft utvikles gjennom praksis hvor teoretiske kunnskaper brytes mot konkrete situasjoner. For å oppøve denne ferdigheten trenger legen teoretiske kunnskaper, ikke bare i biomedisin, men også i humanistiske og samfunnsvitenskapelige fag. Den teknologiske utviklingen tilsier at det vil bli et økende behov for å utdanne leger som har disse ferdighetene i årene som kommer.

Etterord

Teknologien er ikke verdifri, den er gjenomsyret av verdier. Alle avgjørelser angående om, når og hvordan ny teknologi skal tas i bruk, er derfor i høy grad et verdivalg. I vårt verdipluralistiske samfunn er dette en kime til konflikt. For å unngå konflikter kan det være fristende å tilsløre etiske dilemmaer med medisinsk-faglige argumenter. Det er en tilnærming som verken anerkjenner kunnskapens grenser eller anerkjenner de etiske dilemmaene som er involvert. Ettersom faget har en etisk slagside mot det utilitaristiske perspektivet, er dette uheldig. Utilitarismen har dårlig rykte med henblikk på hvordan den ivaretar verdier som likhet, rettferdighet og respekt for menneskeverdet. Betrakter vi dette som ettertraktede verdier, bør vi kanskje holde fast på at det er forskjell mellom etikk og biomedisin, og at det som er faglig riktig, ikke nødvendigvis er etisk riktig.

Vi takker Åge Wifstad for fruktbare diskusjoner omkring en tidligere versjon av artikkelen.

Litteratur

Komplett litteraturliste finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

- Gabe J, red. *Medicine, health and risk. Sociological approaches*. Oxford: Blackwell, 1995.
- Tranøy KE. *Medisinsk etikk i vår tid*. Bergen: Fagbokforlaget, 1999.
- Rognum TO. Terapeutisk kloning – fremtidens medisin eller en etisk blindgate? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2413–7.
- Larmore C. *Patterns of moral complexity*. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
- Andersen HW, Sørensen KH. Frankensteins dilemma. En bok om teknologi, miljø og verdier. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1992.
- Eisen A, Rebbeck TR, Wood WC, Weber BL. Prophylactic surgery in women with a hereditary predisposition of breast and ovarian cancer. *Clin Oncol* 2000; 18: 1980–95.
- Payer L. *Medicine and culture*. New York: Henry Holt and Company, 1996.
- Norges offentlige utredninger. *Xenotransplantasjon*. NOU 2001: 18. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, 2001.
- Devereaux PJ, Anderson DR, Gardner MJ, Putnam W, Flowerdew GJ, Brownell B et al. Differences between perspectives of physicians and patients on anticoagulation in patients with atrial fibrillation: observational study. *BMJ* 2001; 323: 1–6.
- Meland E. *Sykdom og risiko – en ny erkjennelse og dialog er nødvendig*. I: Swensen E, red. *Diagnose: risiko*. Oslo: Universitetsforlaget, 2000.
- Lian OS. *Når helse blir en vare*. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2003.