

Hva leger ser og ikke ser – moralsk persepsjon i lege-pasient-forholdet

Fag og moral henger tett sammen i klinisk praksis. Kliniske valg har både medisinsk-faglige og etiske sider. Mange medisinsk-etiske problemstillinger er velkjente for leger. Blant våre hverdagsvalg ligger det imidlertid også ofte mer eller mindre åpenbare verdivalg.

Moralsk persepsjon kan kort defineres som evnen til å identifisere og å bli seg bevisst etiske og moralske valg. Denne artikkelen bygger på en litteraturstudie av begrepet moralsk persepsjon, og forsøker å belyse hvordan leger blir seg bevisst at noe er moralsk relevant i en klinisk situasjon. Analysen illustreres underveis ved hjelp av eksempler fra klinisk praksis.

Moralsk persepsjon er vesentlig i lege-pasient-forholdet. Det er ikke bare viktig for våre *etiske* overveielser, det har også direkte *klinisk* relevans i møtet med pasientene. Moralsk persepsjon bestemmer hvordan vi ser den verdimeslige sammenhengen som møtet med syke mennesker innebærer, og er derfor av betydning for våre hverdagsvalg, de dramatiske så vel som de mer trivielle.

Basert på en hovedoppgave ved Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, høsten 2001 (27)

Kaja Serine Heidenreich
kajah@stud.ntnu.no
Singsakerbakken 2c-22
7030 Trondheim

One of the most important moral differences between people is between those who miss and those who see various moral features of situations confronting them.

Lawrence Blum (1)

Å se er viktig i klinisk medisin. Som studenter oppfordres vi til å utvikle vårt kliniske blikk. Vi skal se etter symptomer og tegn og mer eller mindre åpenbare patologiske forhold. I tillegg skal vi være oppmerksomme på emosjonelle og sosiale forhold som direkte eller indirekte fremtrer gjennom kroppen, samt de etiske og eksistensielle sidene ved det å være syk. Verdivalg og faglige beslutninger er ikke sjelden tett sammenvevd i klinisk praksis, og skillet mellom fag og moral kan være både utfordrende og vanskelig å trekke.

Medisinsk-faglige problemstillinger kan oppleves primært som etiske problemstillinger, men etiske problemstillinger kan også bli oppfattet og betraktet som et rent medisinsk-faglig anliggende (2, 3). Eksempelvis er blodtryksbehandling og fastsettning av trykkgrensener for hva som skal oppfattes som patologisk, ikke bare et medisinsk spørsmål som dreier seg om risiko for sykdom og forventet effekt av forebygging. Dette er også i høy grad et etisk spørsmål, ettersom det angår hvem helsevesen og leger skal ha anledning til å definere som syke og behandlingstrenghende. En forutsetning for å kunne problematisere verdivalg som dette er imidlertid at disse erkjennes og identifiseres som slike, og evnen til dette er en viktig egenskap hos enhver lege.

En norsk undersøkelse dokumenterer at en ikke ubetydelig andel av norske leger ikke opplever at de konfronteres med etiske problemstillinger i sin yrkesutøvelse (4). Når leger sier at de sjelden møter slike utfordringer, kan dette naturligvis skyldes at det er slik. Men dette funnet kan i tillegg reise interessante spørsmål rundt det

å identifisere etiske problemstillinger og verdivalg – moralsk persepsjon. Kan det tenkes at en del av de problemstillingene som i realiteten er av etisk art, i stedet blir rubrisert som rent medisinske – rett og slett fordi legene persiperer dem som medisinske og ikke som etiske problemstillinger?

Jeg vil redegjøre for begrepet moralsk persepsjon og relatere dette til lege-pasient-forholdet. Artikkelen bygger på litteratursøk foretatt mellom september 2001 og januar 2002. Det er benyttet medisinsk-etisk og filosofisk faglitteratur fra databasene PubMed, PsychINF0 og BIBSYS. Sistnevnte er benyttet for å lete opp bøker og kapitler i bøker.

Hva er moralsk persepsjon?

Persepsjon er et generelt psykologisk fenomen som beskriver hvordan vi gjennom sansene tar innover oss informasjon og gjør denne tilgjengelig for bevisstheten og intellektet. Moralsk persepsjon er et spesifikt fenomen som beskriver hvordan vi bevisstgjør oss det *moralsk relevante* ved en situasjon, det som gjør krav på en *verdimessig* (normativ) vurdering (1). Teorier om moralsk persepsjon forsøker å beskrive hvordan og hvorfor vi opplever gitte situasjoner som moralsk betydningsfulle og knyttet til verdier (ramme 1, ramme 2). Å bli seg bevisst den moralske dimensjonen krever at man først «ser» denne i ulike kliniske situasjoner.

For at vi i det hele tatt skal kunne anvende moralske prinsipper og ut i fra disse argumentere for eller imot ulike handlingsalternativer, må vi i utgangspunktet ha en forståelse av at den situasjonen vi står overfor, har med etikk eller moral å gjøre. Manglende moralsk persepsjon kan derfor føre til at viktige etiske sider i kliniske situasjoner ikke identifiseres og anerkjennes som slike. Når verdivalg i kliniske beslutninger ikke blir bevisstgjort, forsvinner også muligheten for å problematisere disse. Moralsk persepsjon er derfor en nødvendig inngangsport til det moralske feltet (5).

Blum hevder at moralsk persepsjon ikke er en entydig kapasitet, men involverer flere moralske og psykologiske prosesser (1). Moralsk persepsjon er knyttet til personlighet, evner og interesser og til den enkeltes moralske karakter. Det å kunne

oppfatte situasjoner som moralske og dermed få en forståelse av en situasjons moralske karakter, er en fundamental del av det Blum kaller en moralsk person. Det er *moralsk relevant* hvordan vi oppfatter situasjoner, fordi dette påvirker oss til å handle eller til å la det være, på den ene eller andre måten. Å «svikte moralsk» er ikke her nødvendigvis å handle feilaktig eller ikke å handle i det hele tatt, men har i like stor grad å gjøre med i hvilken grad vi oppfatter det moralske betydningsfulle i ulike situasjoner. Moralsk svikt kan derfor også bestå i å *ikke* se, ikke bare i det å handle feilaktig eller ikke handle i det hele tatt.

To eksempler fra studiehverdagen

Jeg vil her gi to selvopplevde eksempler fra undervisningen av medisinstuderenter.

Klinikk om gynekologisk cancer

Vi hadde «klinikk» om gynekologisk cancer. Pasienten, en kvinne i 50-årene fra en mindre by ved kysten, hadde cancer cervicis uteri. Hun hadde snakket med to studenter på forhånd. Hennes sykehistorie ble kort presentert, men hun var ikke selv til stede. Pasienten hadde overfor studentene vært mest opptatt av å formidle hvor mye angst og usikkerhet hun hadde opplevd under utredningen, etter at hun hadde fått diagnosen og mens hun ventet på behandling i Trondheim. Hun etterlyste leger som spurte henne om hvordan hun hadde det. Denne virkelighetsbeskrivelsen er ikke spesielt enestående, men det er foreleserens

refleksjoner jeg opplevde som mest interessante her.

Gynekologen svarte at slik han så det, har leger generelt vært for lite opptatt av hvordan pasientene har opplevd en kreftdiagnose. De har primært ansett pasientenes frykt og angst som en del av sykdommen og nærmest som en manifestasjon av det å være syk. Han mente at leger kanskje i større grad burde vie de eksistensielle sidene av sykdom mer oppmerksomhet.

Dette gir interessante innspill til fenomenet moralsk persepsjon. Det gynekologen sier, slik jeg tolket ham i den aktuelle timen, er ikke at legene ikke har kjent til pasientenes angst, men at denne er blitt *persipert* som et medisinsk anliggende, som en naturlig konsekvens av situasjonen, ikke som en *moralsk* eller primært menneskelig utfordring. Det er lett å tenke seg mulige årsaker til dette – alt fra empatisvikt og legens møte med egen dødsangst til opplevelsen av å komme til kort og tidspress. Oppfatningen av hva som tilligger rollen som lege har også betydning. Men det viktige her er hvordan det samme fenomenet, kreftpasienters angst, kan persiperes vidt forskjellig, alt etter om man ser den gjennom rent biomedisinske eller moralsk-eksistensielle briller.

Uketjeneste med pleuravæske

Året før var jeg på uketjeneste (klinisk undervisning i smågrupper) ved St. Elisabeth, hjerteklinikken i Trondheim. Jeg var fersk i kliniske fag, og thoraxkirurgi var spektakulært og spennende. Vi stod rundt en seng og snakket med en mann som hadde vært gjennom en koronar bypass-operasjon. Det hele hadde gått fint, og bortsett fra en pleuratapping i etterkant var han nå i fin form og skulle snart skrives ut. Mens legen forklarte oss om inngrepet og hvordan tapping av pleuravæske foregikk, satt pasienten lutende i sengen og så ned på hendene sine. Med en hånd på skulderen til pasienten spurte legen ham om det var noe i veien, han virket utenfor og lei seg? Pasienten fortalte da at han syntes det var svært tungt at han igjen hadde fått vann i lungene. Han hadde også før operasjonen hatt en episode med dette som hadde vært svært skremmende og ubehagelig for ham. Dessuten hadde han håpet operasjonen skulle hjelpe hjertet og lungene hans slik at han unngikk dette.

Legen fanget umiddelbart opp at pasienten hadde misforstått forskjellen mellom «stuvning» og pleuravæske, og ikke minst hva denne misforståelsen hadde å si for hans opplevelse av sin egen situasjon. Legen informerte ham tydelig og inngående om forskjellen mellom vann «inne i lungene» og «vann under lungene», og sa at han ikke trodde denne komplikasjonen hadde noen

prognostisk betydning for ham. Slik jeg opplevde legen, fanget han ikke bare opp pasientens faktiske informasjonsbehov, men også hva dette betydde for ham følelsesmessig, for hans trygghet og tro på egen helse og bedring. Legen var forbilledlig i å bruke sin faglige og moralske sensitivitet og persepsjon i møtet med pasienten og hans opplevelse av sin situasjon.

Hvilken rolle spiller moralske prinsipper?

Blum mener moralsk persepsjon forutsetter at vi har en oppfatning av hva som ligger i visse moralske egenskaper. Dette kan eksempelvis innebære en oppfatning av hva som ligger i urettferdighet, uærlighet, rasisme, fysisk smerte eller ubehag (1). Hvilke moralske prinsipper vi føler oss forpliktet på, påvirker også vår moralske persepsjon (6). Ulike personer kan ha ulik sensitivitet overfor forskjellige moralske fenomener. Man kan lett tenke seg at dette også gjelder for leger og i lege-pasientforholdet. Noen leger kan i større grad være oppmerksom på urettferdighet i forhold til tildeling av ressurser mellom grupper av pasienter. Andre legger mer vekt på pasienters angst og utrygghet, og atter andre har et spesielt blikk for pasienter med kronisk sykdom som opplever krenkelser og hjelpe-løshet.

Kulturelle forskjeller

Det er betydelige kulturelle forskjeller i synet på lege-pasientforholdet mellom land i Sør-Europa og de nordiske landene. En måte å belyse disse kulturforskjellene på, er å se hvilken vekt de tillegger ulike moralske prinsipper. Sammenlikner man dem i forhold til hvilken vekt de legger på de fire helseetiske prinsippene velgjørenhet, ikke skade, respekt for pasientens autonomi og rettferdighet (7–9), er det til dels betydelige forskjeller. Leger i sør legger større vekt på prinsippet om velgjørenhet overfor pasientene, mens leger i nord er mer opptatt av respekt for pasientens autonomi (autonomiprinsippet) (10).

Når det for eksempel gjelder hvor mye informasjon legen skal gi til uhelbredelige kreftpasienter, er således leger sør i Europa mer tilbakeholdne med informasjon om diagnose og prognose ut fra tanken om at dette er til beste for pasienten. Leger i nord vil på sin side være mer åpne om dette ut fra tanken om at pasientene da kan foreta mest mulig autonome valg vedrørende behandling og pleie (11).

Lindrende sedering

I spørsmålet om lindrende sedering ser vi tilsvarende forskjeller. Leger i Norge opplever dette som et vanskelig etisk problem fordi det å frata en pasient bevissheten i terminalfasen er et radikalt og alvorlig inngrep i den enkeltes autonomi

! Ramme 1

Moralsk persepsjon som evne til å kunne se

- etiske problemstillinger
- sykdommens eksistensielle sider
- at faglige valg også ofte er verdivalg
- at verdier har direkte klinisk relevans

! Ramme 2

Moralsk persepsjon som fenomen

- er et sammensatt psykologisk fenomen
- er avhengig av personlighet, interesser og empati
- er basert på moralske prinsipper og holdninger
- er mer enn dyder og etikk
- både fremmes og hindres av faglige, personlige, organisatoriske og kulturelle forhold

(12). Leger i Spania opplever på sin side dette som et mindre etisk problem fordi de i langt større grad ser sedering som den beste løsningen på pasientens plager, og ser problemstillingen primært i lys av det helseetiske prinsippet om velgjørenhet (10). «Den fremste moralske plikt er å trøste/støtte/vise omsorg for pasientene, ikke å informere dem om deres prognose, noe som betyr at informert samtykke ikke er et viktig tema» (10).

Legene fra begge kulturer vil sannsynligvis hevde at de ut i fra Immanuel Kants (1724–1804) kategoriske imperativ behandler pasienten med respekt, som «et mål i seg selv» (13). Men deres fortolkning av hva dette innebærer i praksis er vidt forskjellig. Deres moralske persepsjon avhenger blant annet av hvordan de ulike moralske prinsipper vektlegges.

Hva er et foster?

Moralsk persepsjon kan knyttes til hvordan vi generelt abstraherer og trekker mening ut av en situasjon vi står overfor (14). Fosteret kan eksempelvis persiperes på flere måter når temaet er abort. Er fosteret «bare» en celleklump, et ufødt liv eller Guds skaperverk? Er det en person eller ikke? Hvilken persepsjon vi her legger til grunn, vil åpenbart virke bestemmende på hvor alvorlig vi betrakter det å ta abort.

Hva er fag og hva er moral?

Casarett hevder at klinisk medisin fundamentalt sett har en moralsk karakter, og at kliniske situasjoner, i tillegg til en medisinsk-faglig, teknisk side, også har en moralsk side (15). Å bli seg bevisst den moralske dimensjonen krever, som vi har sett, at legen «ser» denne dimensjonen ved hjelp av moralsk persepsjon, noe Casarett mener leger i varierende grad lykkes med. Å se og tolke møtet med pasienten i moralske termer i tillegg til de medisinske krever at legens kjennskap til pasienten er av en slik art at den lar seg fortolke i moralens språk. Mange av legens viktige informasjonskilder åpner ikke så lett for det moralske perspektivet. Våre laboratoriedata, røntgenbilder, kliniske funn og epikriser er fattige i en eksistensiell meningskontekst, og hvis vi skal få kjennskap til pasienten utover dette, må vi selv utvide vårt repertoar. Medisin som aktivitet er utøvelse av en vitenskapsbasert disiplin, men den er ikke begrenset til dette. Den er samtidig en normativ og verdiladet aktivitet (16).

Er det noe vi ikke bør se?

Vegard Bruun Wyller hevder i sitt essay *Gi legene hva legenes er* (17) og annetsteds (18) at det er svært problematisk for legene å foreta individuelle og samfunnsetiske overveielser i møtet med den enkelte pasient. Legene skal ifølge Wyller først og

fremst fatte beslutninger til beste for den enkelte pasient, uavhengig av spørsmål om ressurser og prioriteringer, og bør overlata samfunnsetikken til den politiske arena. Han får imidlertid motbør fra Schei og medarbeidere (19), og selv om denne problemstillingen er en stor debatt i seg selv, er den også klart relatert til moralsk persepsjon. Diskusjonene viser hvordan ulike medisinsk-etiske innfallsvinkler til en problemstilling av faglig og moralsk art kan gi kryssende svar. Et annet interessant spørsmål i kjølvannet av Wyllers posisjon er om det er moralske sider i den kliniske hverdagen som vi ser, men ikke bør ta hensyn til? Er det noe vi ikke bør se eller se etter? Det kan virke som om det er nettopp dette Wyller sier – vi bør ikke se etter det politikerne bør se etter og ta seg av.

Kan moralsk persepsjon avgjøre etiske spørsmål?

I tidsskriftet *Bioethics* diskuterer Gillett (20) og Thornton (21) forholdet mellom eutanasi og det å avstå fra å gi livsforlengende behandling til døende, og hvilken rolle moralsk persepsjon spiller i denne debatten. Skillet mellom å drepe og å la dø har også vært inngående diskutert i Tidsskriftet (22, 23). Legen og filosofen Gillett argumenterer ut i fra innsikt ervervet gjennom den moralske persepsjonen til dem som arbeider med denne pasientgruppen. På basis av denne persepsjonen hevder han at det er en etisk relevant forskjell mellom eutanasi og det å avstå fra behandling, fordi de som arbeider med denne pasientgruppen, *opplever* at det er en forskjell her. Han mener at den tradisjonelle debatten om dette har vært for preget av formale og filosofiske argumenter som ofte står langt fra den kliniske hverdagen. Han hevder at oppfatningen til dem som til daglig arbeider med slike problemstillinger, må tillegges større vekt. Alle sider rundt døden og døende kan ikke fanges opp av de prinsipielle argumentene for og imot legalisering av eutanasi.

Thornton anser imidlertid dette som en uholdbar måte å argumentere etisk på. Han avviser ikke relevansen av moralsk persepsjon i etikken, men hevder den ikke kan brukes som argument i en rasjonell etisk diskusjon, slik Gillett gjør. For hva om flere som arbeider med døende er uenige om hva som er det moralsk relevante i møtet med denne pasientgruppen?

Selv om kanskje flertallet av dem som arbeider med døende på basis av sin moralske persepsjon mener det er en etisk relevant forskjell mellom eutanasi og det å avstå fra behandling, kan altså ikke dette alene brukes til å argumentere for dette skillet. Thornton innrømmer at deres spesielle kjennskap til problemstillingen i høy grad er vesentlig i debatten, men argu-

menter må kunne formuleres slik at alle på en meningsfylt måte kan delta i debatten. I en åpen etisk debatt kan ikke noen ekskluderes som mindre meningsberettigede bare fordi de mangler førstehånds kjennskap til den konkrete situasjonen. Vi overlater ikke diskusjon om atomvåpen kun til fysikere, ei heller spørsmålet om krig til generalene. Det har vært sagt at «krig er for viktig til å overlates til generalene», og kanskje man som en parallell kan si at «liv og død er for viktig til å overlates til legene»? Det er en vesensforskjell mellom å beskrive virkeligheten og vurdere hvordan vi skal handle i forhold til den (24).

Sviikt i moralsk persepsjon

Moralsk persepsjon er, som vi har sett, et komplekst og sammensatt fenomen. Fra en individuell synsvinkel kan sviikt i den moralske holdningen hos legen ha flere årsaker. Vår moralske persepsjon kan være hindret eller redusert av midlertidig forhold som sykdom og tretthet. Moralsk persepsjon krever at oppmerksomheten også er rettet mot en selv, ens egne svakheter, tilbøyeligheter og fordommer (6). Den krever empati, og empatisviikt kan derfor føre til sviikt i moralsk persepsjon (25, 26).

I et større perspektiv vil vår moralske kultur også påvirke den moralske persepsjonen. Med moralsk kultur forstår jeg den kulturen som eksisterer på en arbeidsplass, men også innenfor legeprofesjonen og samfunnet for øvrig. Kollegiale strukturer og ledelsesforhold samt tidspress og økonomiske incentiver er faktorer som er med på å danne en kultur, og gjennom det også en moralsk kultur i en helseinstitusjon. Alle disse strukturelle forholdene kan virke både fremmende og hindrende inn på den moralske persepsjonen. «Avdelingsmoralen» og hierarkiet i den medisinske kulturen definerer hva som skal tillegges vekt i faget, og er på godt og vondt en del av rammeverket rundt den enkelte lege, både faglig og moralsk.

Jeg takker Lars Johan Materstvedt for hjelp under utarbeiding av manuskriptet.

Litteratur

- Blum L. Moral perception and particularity. Cambridge: Cambridge University Press, 1994: 30–65.
- Ruyter KW, Førde R, Solbakk JH. Medisinsk etikk – en problembasert tilnærming. Oslo: Gyldendal, 2000: 101–7.
- Kollemorten I, Strandberg C, Thomsen BM, Wiberg O, Windfeld-Schmidt T, Binder V et al. Ethical aspects of clinical decision-making. *J Med Ethics* 1981; 7: 67–9.
- Førde R, Lie S, Aasland OG. Kurs i medisinsk etikk. Et pliktøp for klinikere? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 1138–40.
- Fjæra B. Moralsk kompetanse og persepsjon. Anerkjennelse av pasientens sykdomsopplevelse er et vesentlig aspekt ved respekt for pasientens integritet. Hovedoppgave. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo, 1999: 47–72.
- Holland MG. Touching the weights: moral perception and attention. *International Philosophical Quarterly* 1998; 38: 299–312.

>>>

7. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 4. utg. New York: Oxford University Press, 1994.
8. Beauchamp TL. The «four-principles» approach. I: Gillon R, red. Principles of health care ethics. London: John Wiley, 1994: 3–12.
9. Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ* 1994; 309: 184–8. <http://bmj.com/cgi/content/full/309/6948/184> (12.1.2003).
10. Olarte JMN, Guillen DG. Cultural issues and ethical dilemmas in palliative and end-of-life care in Spain. *Cancer Control* 2001; 8: 46–54.
11. Thomsen OO, Wulff HR, Martin A, Singer PA. What do gastroenterologists in Europe tell cancer patients? *Lancet* 1993; 341: 473–6.
12. Materstvedt LJ, Kaasa S. Er terminal sedering aktiv dødshjelp? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1763–8.
13. Kant I. Grunnlegging av moralens metafysikk. I: Storheim E, red. Moral, politikk og historie. Oslo: Universitetsforlaget, 1982: 11–76.
14. DesAutels P. Gestalt shifts in moral perception. I: May L, Friedman M, Clark A, red. Mind and morals, essays on cognitive science and ethics. Cambridge: MIT Press, 1996: 129–43.
15. Casarett DJ. Moral perception and the pursuit of medical philosophy. *Theor Med Bioeth* 1999; 20: 125–39.
16. Tauber AI. Confession of a medicine man. An essay in popular philosophy. London: The MIT Press, 1999: 91–117.
17. Wyller VB. Gi legene hva legenes er. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 3797–9.
18. Wyller VB. Gi keiseren hvad keiserens er... *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 3062–5.
19. Schei E, Norheim OF, Rørtveit G, Lysebo DE, Hjörleifsson S. Legen – den enøydte samaritan? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1207–9.
20. Gillett G. Killing, letting die and moral perception. *Bioethics* 1994; 8: 314–28.
21. Thornton J. Killing, letting die and moral perception: a reply to Grant Gillett. *Bioethics* 1999; 13: 414–25.
22. Rasmussen K. Er det forskjell på å drepe og å la dø? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 422–4.
23. Materstvedt LJ. Om dødshjelp i Nederland – og om debatten i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 121: 2965–9.
24. Hume D, Nidditch PH, Selby-Bigge LA, red. A treatise of human nature. Oxford: Oxford University Press, 1985.
25. Vetlesen AJ, Nortvedt P. Følelser og moral. Oslo: Gyldendal, 1994.
26. Heidenreich KS. Empati i lege-pasient-forholdet – teknikk eller etikk? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 1507–11.
27. Heidenreich KS. Moralsk persepsjon i lege-pasient-forholdet, med vekt på en teoretisk analyse av fenomenet moral. Hovedoppgave. Trondheim: Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2001.