

# ALLT VAD I VILJEN



# ATT MÄNNISKORNA SKOLA GÖRA EDER

Jesu Bergspredikans (Matt. 5–7) sista del ges den så kallade Gyllene regeln: "Allt vad ni vill att människorna skall göra er, det skall ni också göra dem" (Matt. 7:12). Det är dock en grundläggande etisk princip som återfinns inom många religioner samt filosofiska och etiska läror. Den äldsta nedtecknade varianten lär härstamma från Konfusius, cirka 500 år före Kristus: "Gör intet mot andra vad du inte vill att de skall göra mot dig" (Analekterna 15:23). Motsvarande tänkande återfinns i alla de stora religionerna.

Immanuel Kant (1724–1804) uttryckte det i Kaliningrad som "Handla endast efter den maxim om vilken du samtidigt kan vilja att den upphöjdes till allmän lag." Principen har haft mycket stort inflytande på moralfilosofin efter Kant, men har också utsatts för kritik. Enligt Kant räcker det inte med att handlingen står i överensstämmelse med plikterna. Dessutom måste den vara motiverad av plikt känsla för att vara moraliskt riktig.

Inom sjukvården har vi oftast inte mycket tid för att diskutera moralfilosofi, men om vi gör det drar vi ofta till med Jesu gyllene regel eller Kants kategoriska imperativ. Det är enkla, klara regler som är lätta att förstå och sympatisera med, inte minst eftersom de utgår från den egna personens preferenser och således inte kräver någon argumentation gentemot det egna jaget. Vid närmare eftertanke kan emellertid detta också vara en svaghet eftersom de flesta av oss idag snarare anger att vi ska handla enligt den personcentrerade vårdens principer.

## PERSONCENTRERAD VÅRD

Uttrycket "personcentrerad vård" kommer från början som en reaktion på 1990-talets önskan om effektivitet genom storskalighet och industriellt tänkande inom sjukvården. Organisationen – som självfallet skulle vara för de sjukas bästa, men då snarare för de samlade sjukas bästa och inte nödvändigtvis den enskilde sjukas bästa – blev då vägledande och ännu idag talar man om "flöden" av patienter när man organiserar sjukvård med förhoppningen att majoriteten av de sjuka ska kunna pressas in i vårdprogram och sjukvårdsrutiner.

Personcentrerad vård är idag ett internationellt erkänt begrepp som kan och bör tillämpas brett och inom många discipliner som har med människors vård och omsorg att göra. Samtidigt ska ett varningens finger höjas för att den blivit alltför brett definierad i vissa sammanhang respektive att den ibland omdefinierats nästan sekteristiskt till att betyda något som en liten yrkesgrupp eller vårdplanerare tycker är rätt. Den tveklöst goda klangen av begreppet "personcentrerad vård" används då för att legitimera även mer begränsade och kanske tveksamma tillämpningar.

Kärnan i begreppet måste emellertid vara att diagnostiken och behandlingen av en sjukdom eller ett symptom måste utgå från patienten och inte från sjukvårdsorganisationen. Det innebär att den sjuke ("patienten") då först och främst ses som en person med unika behov, erfarenheter och mänskliga resurser. En patient får således inte objektifieras till en sjuk kropp, ett symptom eller en diagnos. I vården och litteraturen används begreppen patientcentrerad, patientfokuserad och även klientcentrerad för att betona att vården dessutom ska planeras i samförstånd med patienten eller "personen med ohälsa" samt att vårdrelationen ska bygga på partnerskap mellan vårdare och patient. Personcentrerad vård innebär därigenom en övergång från en modell där patienten är den passiva mottagaren av en medicinsk åtgärd, och där fokus för många vårdyrken är på patientens behov i stället för på resurser, till en modell där en överenskommelse görs med patienten, och ofta i samarbete med anhöriga, som aktivt deltagande i planering och genomförande av den egna vården (både i slutenvård och öppenvård samt akut och palliativ vård) och rehabiliteringen. Delaktighet är en grundläggande aspekt i personcentrerad vård och innebär bland annat att det finns utrymme för den vårdsökande att uttrycka frågor och eventuell oro.

För den som länge arbetat inom sjukvård är det då lätt att inse svårigheterna att överföra dessa teorier till ett praktiskt förhållningssätt där läkaren, sjuksköterskan och andra medicinskt utbildade har oerhört mycket större medicinska kunskaper och erfarenheter än den sjuke (och dess anhörige), vilket gör att möjligheterna till överenskommelser inte sker på jämbördiga villkor. Riskerna är därför stora att delaktigheten bara blir en chimär, i synnerhet som det finns ett värde i att patienten faktiskt upplever att exempelvis läkaren har en stor kunskap som patienten vill dra nytta av.

## PATRIARKALISM OCH EMPATI

Hos både Jesus och Kant finns ju ett patriarkaliskt moment eftersom det utgår från läkarens och sköterskans kunskap och erfarenhet i första hand. Dessa är utbildade och legitimerade för att veta vad som är bäst – i Sverige har till och med samhället bekostat utbildningen för dem för detta. Naturligtvis är det fortfarande klökt och nödvändigt att utgå från patientens egna resurser, men tveklöst finns det situationer då läkarens kunskap och erfarenhet säger något helt annorlunda än det som patienten uttalar. Om patienten med stark misstanke på magsäckscancer inte vill genomgå en gastroskopi och inte låter sig övertalas till undersökningen, eller om en i övrigt frisk person med stark misstanke om ett litet malignt melanom inte vill låta

” *Empati kan ses som en form av den avläsning av sinnesstämningar och känslor som vi kontinuerligt gör av människor i vår närhet, men i medicinska sammanhang begränsad och fokuserad till den medicinska situationen.*



hudförändringen opereras bort – kan då läkaren låta bli att på alla rimliga sätt (utom tvång) försöka få åtgärden genomförd? Balansen mellan det patientcenterade utgående från patientens önskan och läkarens patriarkaliska vilja att göra det som ur ett medicinskt övergripande perspektiv är mest rätt är inte lätt. Hur mycket resurser har man rätt att förbruka enligt patientens önskan om man ändå bara kan nå de näst bästa eller tredje bästa målet? Hur starkt auktoritär får man vara och ändå ha en patientcenterad grundinställning?

Enligt Nationalencyklopedin avser ordet empati (nylatin *empathi* 'a, av grekiska *empathia* "häftig sinnesrörelse", "passion") förmågan att uppfatta och uppleva en annan människas känslor. Empati kan ses som en form av den avläsning av sinnesstämningar och känslor som vi kontinuerligt gör av människor i vår närhet, men i medicinska sammanhang begränsad och fokuserad till den medicinska situationen. Under de senaste decennierna har läkarnas och sköterskornas empati nästan alltid setts som en förutsättning för att ge god vård – men i begreppet "personcenterad vård" omnämns empati i princip inte alls. Det förutsätts kanske att det krävs empati för att vilja tillämpa det personcenterade synsättet, men när man väl nått dit ska vär-

den ske på patientens villkor oavsett vad vårdgivaren tycker och känner. Kanske kan alltför stor empati till och med bli ett hinder för att bedriva patientfokuserad vård. Risken att en överempatisk läkare eller sköterska överför sina egna känslor på patienten är betydande.

#### OM MÖJLIGT BOTA

Om vi nu utgår från maximen att vi avser att sköta patienterna som vi vill bli skötta själva är det logiskt och empatiskt, men har svagheten att det kanske inte alls motsvarar vad patienten vill. I en annan tidsålder – för cirka 2 500 år sedan – i den så kallade Hippokratiska eden formuleras krav (kanske av Hippokrates själv) på god vård som fortfarande är aktuella. En ofta använd översättning är: aldrig skada, om möjligt bota, ofta lindra, alltid trösta. Just den sentensen känns fortfarande helt relevant, och då kanske särskilt tydligt inom cancervård. Den går också väl ihop med både Jesu och Kants utsagor, men kanske inte lika tydligt med den personcenterade vårdens tankegod.

För den som arbetat länge som läkare känns orden om möjligt bota särskilt betydelsefulla. Det var till botande man som ung läkare i första hand utbildades och det är i detta begrepp som några av livets störs-

ta höjdpunkter förnummits. När Hippokrates dessutom lägger till orden om möjligt känns det som den ödmjukhet som gör sig allt mer påmind med årens tjänstgöring och känns helt rätt. Att aldrig skada respektive ofta lindra och alltid trösta är tveklöst också viktiga ord och tillsammans uttrycker de den Hippokratiska maximen som kanske det viktigaste inom läkargärningen.

Det som Hippokrates och hans efterföljare skrev känns idag ofta enbart historiskt och inaktuellt, men inte om möjligt bota.

#### OCH TILL SIST...

Oftast hoppas jag kunna och vilja behandla mina patienter så som jag skulle vilja bli behandlad själv, och oftast hoppas jag kunna utgå från den sjukas person snarare än min egen, men när dessa principer kommer i konflikt med varandra vill jag försöka att aldrig skada, om möjligt bota, ofta lindra och alltid trösta.

Den personcenterade vården har kommit för att stanna, men aldrig skada, om möjligt bota, ofta lindra, alltid trösta kommer för mig personligen ändå att vara viktigast – går de två maximerna att kombinera har jag nått längst.

Åke Andrén Sandberg