

Den kliniska etikens dimensioner – en översikt

Rolf Ahlzén

Lektor, Etikkommittén, Region Värmland, Karlstad, Sverige
ahlzén@regionvarmland.se

Ahlzén, Rolf. 2022. Den kliniska etiksen dimensioner – en översikt. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 36, 17-26

En svårhanterlig paradox ryms i vårt sätt att tala och tänka om medicinsk etik i relation till klinisk praxis. Ofta beskriver vi etiken som något som, så att säga, ska tillföras medicinen utifrån, en "bit" som ska fogas till de många andra pusselbitarna som tillsammans utgör medicinens kunskapsbas. Vi vill "ha in" etiken på utbildningarna, vi vill ha "etisk reflektion" utöver de förment rena medicinska övervägandena.

Men detta är allvarligt vilseledande. Den medicinska praktiken behöver inte få etiken utifrån. Den är rakt igenom etisk, genomsyrad av värden. Sjukdomsbegreppet är normativt laddat, valet av terapi sker utifrån bedömningar av vad som är gott för den sjuka, fördelningen av resurser mellan olika delar av vården bygger på en etiskt grundad avvägning mellan olika behov. Medicinsk reflektion i praxis är etiskt bemängd. Den biomedicinska grundforskningen må vara övervägande deskriptiv – den kliniska praktiken, det medicinska projektet, genomsyras av etiska värden, som är dess själva motor. När medicinsk vetenskap tas i anspråk i mötet med den sjuka blir den till en normativt genomsyrad praktik.

Post covid syndrom och papperslösa migranter

Låt oss betrakta ett par aktuella exempel på medicinska dilemman. Nu, våren 2022, i vad som ser ut att vara slutfasen av en pandemi, upptas vårdens uppmärksamhet i mitt hemland mindre av de få kvarvarande med svår covid 19 på våra IVA-avdelningar, och desto mer av de många trötta, ångestpräglade, andfådda och luktsvaga som anser sig leva med sviterna av infektionen, med mer eller mindre svåra organskador. Vad är vi, i vården, skyldiga dem? Omfattande utredningar? Till vilken nytta, om evidens helt saknas för effekter av rehabiliteringen? Och finns det verkligen en kausal relation mellan infektionen med SARS-cov2 och dessa diffusa symptom, en orsaksbana som medieras av skador på vävnader som inte läker ut, eller av obalans i något av kroppens finstämda balanssystem, såsom immunsystemet? Varje antydning från vårdens sida om att detta skulle kunna handla om något annat än just somatiska skador väcker de sjukas besvikelse och indignation och leder, inte minst, till kollektiv organisering i intressegrupper på nätet.

Har vi här att göra med en våg av personer med "illness utan disease", sjukdoms- upplevelse utan motsvarande medicinska fynd? Verklighetsförståelsen avgör hur läkarprofessionen svarar på individens lidande och på det sociala trycket för omhändertagande. Har vi att göra med "psykogen smitta" och somatisering är det vår etiskt grundade skyldighet att svara på ett helt annat sätt än om vi har att göra med skadade kroppar efter en farlig virusinfektion. Har vi att göra med bådadera måste vi lära oss att skilja dem åt, eftersom helt olika bemötande och behandling krävs. Skyldigheten växer i verklighetstolkningens mylla. Vems verklighet gäller? Läkarkårens tolkningsföreträdare är långt ifrån oomstritt, på det sätt det kanske var för några decennier sedan, och professionen är inte heller enig om den etiologiska grunden för dessa symptom.

Statens medicinsk etiska råd, Smer, en statlig instans i Sverige vars uppgift är att analysera etiskt laddade frågor kring hälso- och sjukvård i Sverige, tog sig våren 2021 an frågan om rätten till sjukvård för personer som vistas i landet utan uppehållstillstånd (Smer, 2021). Den omedelbara anledningen till frågan var några thoraxkirurgers vånda inför de patienter i denna kategori – som är stor i Sverige – som kräver omfattande thoraxkirurgi, t ex hjärttransplantation. Man fann att riktlinjerna – att ge "vård som inte kan anstå" - är helt otillräckliga. Vad är etiskt påkallat i en sådan situation? Var ligger beslutet – hos klinikern, på central nivå?

Här kolliderar uppenbarligen olika hänsyn och intressen. Den behandlande läkarens hänsyn gäller oavkortat mot en patient, helt oavsett vem denne är, som

har ett livshotande tillstånd. Men det råder organbrist i Sverige, brist på operativkapacitet, brist på sjuksköterskor och nu i pandemins spår avsevärda mängder uppskjuten vård. När resurserna är knappa, har då verkligen en person i kraft av sitt medborgarskap eller i varje fall sitt permanenta uppehållstillstånd mer omfattande rättigheter, rätt till högre anspråk på staten, än den som ännu inte formellt "släppts in"? Vad händer om de som tillhör gemenskapen och ser sig som rättighetshavare till en knapp resurs blir "förbisprungna" av de som just kommit? Och hur många skulle lockas till landet av möjligheten att få tillgång till extremt avancerad sjukvård, bara gränsen till Sverige är överskriden?

Det medicinsk etiska rådet landade i slutsatsen att den grundläggande tanken, postulatet, om universella mänskliga rättigheter innebär att en svårt sjuk individ i en akut situation inte kan väljas bort, inte kan nekas livräddande behandling – inte ens om det handlar om mycket omfattande ingrepp. Det är lätt att sympatisera med en sådan hållning, men dess konsekvenser är synnerligen vidsträckt. Våra system av rättigheter och skyldigheter är anpassade för nationalstaten och knappast för en situation med omfattande migration, både av flyktingar och ekonomiska migranter. Vad innebär solidaritet i detta läge? Med vem? Har vi verkligen samma skyldigheter mot hela världens befolkning som mot våra grannar eller landsmän?

Vi ser här hur prioriteringsetiken lyfter frågorna till ett politiskt plan. Den gamla parollen att medicinen är politisk blir här bekräftad. Men inte bara prioriteringsfrågorna tvingar fram ställningstaganden av samhällspolitisk natur utan även den väl etablerade förekomsten av ett antal sociala determinanter för hälsa. Ändå har medicinsk etik diskuterats, inte minst i amerikanska tidskrifter, i drygt 40 år utan att det större samhällspolitiska sammanhanget berörts annat än i förbigående. De enorma hälsoskillnaderna i USA är, för att ta ett påtagligt exempel, i hög grad relaterade till sociokulturella förhållanden – men den medicinska etiken har i mycket liten grad intresserat sig för dessa. Politiken definieras ut (Snyder, 2020).

Den medicinska etikens födelse

Den moderna sjukdomsteorin, som förankrar sjukdomen i den patologiska vävnaden, går tillbaka till Rudolf Virchow vid 1800-talets mitt (Uddenberg: 124). Dess framgångar har i sanning varit makalösa och har knappast ännu tömt ut sin kraft. Medicinen reste sig på några årtionden från skamvrån till en plats i solen. Att

framgångarna också bar på vissa inneboende risker blev först så småningom tydligt. En av den medicinska etikens tidiga pionjärer, Eric Cassell, konstaterade redan 1984 i den alltför bortglömda skriften *The Place of the Humanities in Medicine* att "the body has yielded its secrets in a consistent manner only since experimental data and statistical methods were developed that totally divorce scientific generalizations from the individuality of persons" (Cassell: 17).

På 1970- och 1980-talen genomgick den västerländska medicinen något som ibland har kallats för en "ethical turn", en vändning mot etiken. Men det var strängt taget ingen vändning mot något nytt; det rörde sig om en växande insikt i den kliniska praktikens fundamentalt normativa karaktär. Den form av etisk reflektion som under inledningsfasen dominerade har kallats "principled ethics". Utrustad med ett antal etiska principer, såsom autonomi- eller rättvis principen, som skarpslipade vapen skulle klinikens många etiska dilemman lösas genom att skärskådas genom principernas raster (Holm, 1995). Många är de kliniker som under dessa år tränades i användningen av dessa analytiska verktyg.

Denna ansats var vare sig missriktad eller meningslös, men den var otillräcklig. De etiska principernas tillämpning kräver en förståelse som är kontextuell, situationsbunden, starkt beroende av tolkningar av det etiska dilemmats olika aspekter. Samma etiska princip kunde synas leda till helt olika slutsatser beroende på vem som tillämpade den. Att åberopa rättvis principen eller autonomiprincipen är möjligen ett allra första steg – men det är dess tolkning i den unika situationen som blir helt avgörande.

Framväxten av medicinsk humaniora och narrativ medicin från omkring 1990 var till stor del en reaktion mot denna, som det uppfattades, alltför snäva syn på etikens plats i klinisk medicin (Evans, Louhiala & Puustinen, 2004; Zaner, 1989). Det handlade inte bara om kontextualisering, om att sätta in reflektionen i en, med antropologen Clifford Geertz' formulering, "tjockare" verklighetsförståelse (Geertz, 1973). Lika viktigt var att söka bryta med föreställningen att etiska dilemman i klinisk medicin har en "lösning", som en form av moralfilosofisk ekvation som kan lösas ut. I bästa fall fördjupade detta synen på den kliniska praktikens etiska dimension. Sedd från de perspektiv som medicinsk humaniora erbjuder framträder etik i medicinen som en del i en väv, som en i medicinsk praxis invävd dimension, vars förståelse kräver en djup erfarenhet, bred kunskap och emotionell mognad. Mångtydighet, motsägelsefullhet, paradoxer, ambivalens – se där kännetecknen för kliniska dilemman, som alla kräver en vidgad förståelsehorisont (Ahlzén, 2010).

Sjukdomens dimensioner

Medicinsk etik måste förstås i relation till medicinens kunskapsbas. Denna kommer till synes i dess möte med medicinsk humaniora och samhällsvetenskap. En fruktbar uppsättning begrepp för att närma sig den kliniska praktikens överbryggande epistemologiska bas är engelskans synonymer för svenskans "sjukdom": *illness*, *disease*, och *sickness*. Dessa termer är nu välbekanta för de flesta och särskilt begreppsparet *illness/disease* har blivit en stående tankefigur i analysen av medicinens kunskapsgrund. Narrativ medicin har ofta motiverat sin betydelse genom hänvisning till den moderna medicinens ensidiga fixering vid *disease*, alltså den av läkare fastställda diagnosen baserad på biomedicinsk metod. Förstapersonsperspektivet, *illness*, sjukdomsupplevelsen, har, hävdas det, av den framgångsrika medicinska utvecklingen förpassats till en andraplansroll, ett epistemologiskt underläge (Svenaues, 1999: 253 f). Filosofen Whitehead talade om "the fallacy of misplaced concreteness": det mätbara, observerbara tilldelas en högre grad av verklighet än den inre världen, subjektiviteten (Whitehead, 1929).

Denna sjukdomens mångdimensionalitet, dess mångtydighet, rymmer risker för missförstånd och brist på ömsesidig förståelse. Sjukvårdssystemen är uppbyggda för dem som uppvisar rimlig kongruens mellan sin subjektiva upplevelse av att vara sjuka, och de kliniska fynd som medicinen kan konstatera. Ur denna dyad faller sedan oftast problemfritt den tredje dimensionen, *sickness*, ut: det sociala erkännandet, etableringen av det individuella fallet som en händelse i en social gemenskap (sjukpenning, sjukroll, nya villkor för social interaktion).

Den västerländska medicinen har således sedan mitten av 1800-talets vunnit sina framgångar genom att alltmer sofistikerat beskriva sjukdom som en kroppslig avvikelse – en strukturell förändring ledande till en störd funktion med resulterande symptom hos den sjuke. Läkare tillgodogör sig denna grundläggande epistemologi under sina läroår. I antropologen Byron Good's studier på Harvard Medical School på 1980-talet kunde han notera hur medicinarna steg för steg gav upp en syn på kroppen och på sjukdomarna och ersatte den med en annan. Som en ung läkarstudent uttryckte det:

You are not there just to talk with people and learn about their lives and nurture them. You're not there for that. You're a professional and you're trained in interpreting phenomenological descriptions of behavior into physiologic and pathophysiologic processes (Good, 1990).

Citatet tydliggör hur den medicinska utbildningen etablerar en epistemologisk hierarki och en därav följande syn på kausalitet vid sjukdom. *Disease* är med det-

ta synsätt primärt i förhållande till illness. Disease orsakar illness. Varje klinker vet att verkligheten är långt mer komplicerad än så; många människor söker hjälp med symptom där upplevelsen ("subjektiviteten") växelverkar på ett synnerligen komplext sätt med kroppen ("substratet") – eller där ingen kroppslig avvikelse över huvud taget står att finna.

En epistemologisk obalans

Om vi accepterar att vi här har att göra med en obalans, vad kan bidra att återställa ett mer fruktbart förhållande mellan sjukdomens dimensioner? Finns någon uppsättning begrepp, någon kunskapstradition, som skulle hjälpa den kliniska medicinen ur detta dilemma, som fötts ur dess framgång?

Många av oss som sökt vidga medicinens sjukdomsbegrepp vände våra blickar mot humaniora, som förefaller ge en öppning för förståelse av både sjukdomens sociala dimensionen och dess unikt personliga karaktär. Den första professorn i medicinsk humaniora i UK, Martyn Evans, lanserade stridsropet "Restoring subjectivity into medicine!" (Evans, 2012). Vetenskapshistorikern Stephen Toulmin visar i en rik essä hur medicinen alltid uppvisat en egenartad kombination av teoretiskt och praktiskt, av subjektivt och objektivt:

From Classical Greece on, indeed, medicine has presented philosophers with a peculiarly rich and close alliance of mind and hand, theory and practice, universal and existential. The art of medicine demonstrates that human reason is practical as well as theoretical, existential as well as universal: that is, reason is concerned not just with abstract but also with flesh and blood issues (Toulmin, 1993).

Illness och disease – första person och tredje person – har således båda full relevans för att förstå, bota, lindra och trösta vid sjukdom. Läkarens, och egentligen alla sjukvårdsprofessioners, uppgift blir därmed att klara att smidigt, sömlöst, växla mellan dessa två perspektiv, dessa synbart konträra epistemologier. Man skulle kunna beskriva detta som en oscillerande rörelse, som när man betraktar en bild som kan ses på två olika sätt men inte samtidigt. Båda är lika sanna och båda krävs för att förstå "vad saken gäller".

Sjukvårdens etiska dilemman är "orena", dom går inte att lösa ut som en ekvation. Dom hanteras med avvägningar, jämkningar, kompromisser, som kräver ett känsligt, öppet, mångperspektiviskt seende. Partikulärt och universellt måste

samsas. Föreställningsförmåga är vägen till denna öppna nyfikna blick - fantasi tyglad av en välgrundad realitetsorientering.

Den aristoteliska kunskapsvägen *phronesis* har de senaste två decennierna funnit sin väg ut ur fackfilosofernas specialkunskaper till den breda diskursen om världens etik. *Phronesis* har som analysverktyg den otvetydiga fördelen att vara tydligt praxisinriktat. Det handlar om att både urskilja det rätta och att förverkliga det. Ofta översätts begreppet med praktisk visdom, eller gott omdöme. *Phronesis* är en kunskapsform vid sidan av och sammanvävd med *episteme* (den vetenskapliga kunskapen) och *techne* (det praktiska kunnandet). Aristoteles erkänner känslors relevans för att utveckla *phronesis*: Intellect och känsla, känslans skärpa och tankens inlevelse (Aristoteles, övers 1967).

Som ovan nämnts stod "förstapersonsperspektivet" i centrum för vändningen mot etiken och mot medicinsk humaniora. Fenomenologin erbjöd därmed en fruktbar möjlighet, med sin inriktning på vår tolkning av fenomenen liksom sitt insisterande på att den i vår kultur djupt rotade dualismen mellan en materiell och en själslig substans är ointressant, irrelevant (Svenaesus, 2003). Begrepp som "livsvärlden", "levd erfarenhet" och "meningsstrukturer" var tveklöst av värde för att föra medicinsk praktik närmare de sjukas upplevelser, närmare "illness". Den objektiverade kroppen skulle balanseras av den levda kroppen. Men kroppen i sitt sociala, mellanmänniska sammanhang, kroppen i samspelet mellan individuella tolkningar och institutionella strukturer, då? Varken illness eller disease tycks fullt ut täcka denna realitet, och därmed används ofta begreppet *sickness* för denna tredje dimension i sjukdomarnas natur. Den intima sammanflätningen mellan dimensionerna blir då helt tydlig. *Illness* kommer att vara starkt påverkad av *sickness*, alltså det sociala spelet, interaktionen, kring den sjukas upplevelse. *Disease* i sin tur har avgörande inflytande på hur sjukdomar förstås och hanteras på social nivå – på sjukförsäkring, hälsopolitik, medialogik.

Medicin, litteratur, narrativitet

Fenomenologin och intresset för aristotelisk etik leder naturligt vidare till vägen av intresse för berättelser, för narrativitet som avgörande för förståelsen av klinisk medicin. Om "Doctors' stories" skrev Kathryn Hunter redan för trettio år sedan (Hunter, 1991). Läkare berättar historier och lyssnar på historier hela tiden – korta, långa, sakligt neutrala och emotionellt laddade. Berättelser, menar hon, formar vår förståelse av vad sjukdom är. Berättelser är det stoff ur vilket sjukvård vävs.

När läkaren blir mer "narrativt kompetent" blir hon också en bättre läkare, enligt Rita Charon, den narrativa medicinens främsta fanbärare:

As doctors become more and more skilled in narrative capacities, they will improve their ability to develop accurate and comprehensive knowledge about patients, to reach patients, to become their trusted advocates, to navigate ethical uncertainty, and to be moved by all they are privileged to do as doctors (Charon, 2000).

Detta är sympatiska målsättningar, men är anspråken rimliga? Sociologen Arthur Frank's *The wounded story-teller* har utövat stort inflytande på dem som ser narrativitetsbegreppet som klargörande även för vår förståelse av sjukdomar (Frank, 1995). Frank hävdar att sjukdom innebär ett brott i den sjukes livsberättelse och att det är avgörande för den sjuka vilken typ av ny berättelse som hon kan skapa i dess ställe. Filosofen Galen Strawson gick 2004 i en ryktbar essä till angrepp på vad han anser vara orimliga anspråk hos "the narrative movement", som enligt honom har utökat sina ambitioner till att gälla människors hela liv. Det är inte alls så, hävdar Strawson, att vi alla är narrativa, att vi alla behöver livsberättelser som är sammanhängande för att ge våra liv mening och riktning. Olika individer har radikalt olika behov av berättelser för att ge mening och sammanhang åt det egna livet. Det narrativa anspråket är ohållbart, menar Strawson. Om Arthur Frank's antaganden om de sjukas "brutna historier" därmed vilar på svag grund måste nog den narrativa medicinen vara återhållsammare i sina anspråk (Strawson, 2004).

Att umgänge med litterära texter under vissa omständigheter faktiskt kan göra klinikern klokare, bidra till utvecklandet av phronesis, är ändå ett rimligt antagande (Ahlzén, *ibid*). Att både illness och sickness kan belysas rikt och mångsidigt i fiktionens form kan lätt bekräftas. Men litterär erfarenhet är lika litet en garanti för bred sjukdomsförståelse, för empatisk förmåga eller allmänmänsklig klokhet, som humanistisk bildning är det. Litteraturvetaren Wayne Booth skriver om "The company we keep" (Booth, 1988). För honom möjliggör umgänget, den pågående dialogen, med litterära verk en vidgning av den krets individer vi möter och lär känna. Vår erfarenhet och vår kunskap om verkligheten berikas, växer. Fiktion är per definition påhittad, "icke-verklig", men ger utkast, förslag, till möjliga verkligheter. Verkligheten fördjupas, blir potentiellt mer nyansrik. Att bli berörd, förförd, bli road och underhållen, skakad och uppriven, förundrad eller förbryllad - i detta ligger, vill även jag tro, en potential för växt i phronesis, praktisk visdom

Men läsarten, det går inte att bortse från den - alltså hur och vad vi läser! Frågan är för stor att ens börja närma sig här, men en påminnelse om läsarens aktiva

roll kan vara på sin plats. Låt oss se det så här: Författaren anropar läsaren, vill henne något, vill "ha något sagt". Läsaren svarar med an-svar. Läsakten är inte neutral, inte oskyldig. Som en annan litteraturvetare, Anders Tyrberg, uttrycker det:

Det är genom en pakt mellan berättare och lyssnare som berättandets performativa kraft möjliggörs. (...) Att läsa en bok är att göra sig moraliskt disponibel för påverkan, det må vara besmittelse, förförelse, övertalning, till synes neutral information eller underhållning. Och att göra sig tillgänglig för någon annans påverkan kan aldrig vara en helt och hållet harmlös handling (Tyrberg, 2002: 27).

Ett försök till slutsats

Vi kan konstatera att flera teoretiska perspektiv har lanserats som botemedel för den inneboende risken att den moderna medicinen skjuter subjektiviteten åt sidan. Inget talar för att någon magisk kula kommer att dyka upp som ensam för-mår råda bot på den epistemologiska obalans som ovan beskrivits, och gott är kanske det. Möjligen kan detta beskrivas som en sorts "flerparadigmatisk" situation. Den kliniska medicinens epistemologi slår en brygga mellan det som C.P. Snow en gång kallade "de två kulturerna" (Snow, 1959). Vi behöver då en rikedom av teoretiska perspektiv, vi behöver fantasi, föreställningsförmåga, skarp analys, konsistens och precision. Vi behöver den ödmjukhet som växer fram ur insikten om historisk föränderlighet och den mänskliga kunskapens provisoriska karaktär. Lagg till detta en stolthet över vad den moderna medicinen faktiskt kan göra, och vi har ett möjligt fundament för en klinisk etik för 2000-talet.

Referencer

- Ahlzén, R. (2010). *Why should physicians read? Understanding clinical judgement and its relation to literary experience*. Academic dissertation, Durham University.
- Aristoteles. *Nichomachiska etiken*. Översättning Mårten Ringbom 1967. Helsingfors: Holger Schilds förlag.
- Booth, W. (1988). *The Company We Keep: An Ethics of Fiction*. Berkely, Los Angeles; London: University of California Press.
- Cassel, E. J. (1984). *The Place of the Humanities in Medicine*. USA: Hastings Center
- Charon, R. (2002). Reading, writing, and doctoring: Literature and medicine. *American Journal of Medical Science*, 319(5), 285–91.

- Evans, M. (2007). Medical humanities: Stranger at the gate or long lost friend? *Theoretical Medicine*, 22, 17-32
- Evans, M.; Louhiala, P. & Puustinen, P. (2004) *Philosophy for Medicine: Applications in a Clinical Context*. Oxford: Radcliffe.
- Frank, A. (1995). *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. Chicago: University of Chicago Press.
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures: Selected Essays*. New York: Basic Books.
- Good, B. (1990). *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*. New York: Cambridge University Press.
- Hunter, K. (1991). *Doctors' Stories. The Narrative Structure of Medical Knowledge*. Princeton: Princeton University Press.
- Hoffman, B. (2002). On the triad of disease, illness and sickness. *Journal of Medicine and Philosophy*, 27(6), 651-674
- Holm, S. (1995). Not just autonomy. The principles of American biomedical ethics. *Journal of Medical Ethics*, 21(6), 332-338
- Snow, C. P. (1959). *The two cultures*. London: Cambridge University Press,
- Snyder, T. (2020). *Our malady: Lessons in liberty from a hospital diary*. New York: Crown.
- Statens Medicinsk-Etiska Råd (2021). *Vård av personer utan permanent uppehållstillstånd*. <https://smer.se/2020/11/23/var-d-av-personer-utan-permanent-uppehallstillstand/20210620>
- Strawson, G. (2004) *Against narrativity*. *Ratio*, XVII, 28-52.
- Svenaesus, F. (1999). *The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health: Steps toward a Philosophy of Medical Practice*. Linköping: Studies in Arts and Science.
- Svenaesus, F. (2003). *Sjukdomens mening*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Toulmin, S. (1993). Knowledge and art in the practice of medicine: Clinical judgement and historical reconstruction. In: Delkeskamp-Hayes, C. & Gardell-Cutter M.-A. (red.), *Science, Technology and the Art of Medicine*, 231-249. Dordrecht: Kluwer Academic Publications.
- Tyrberg, A. (2002). *Anrop och ansvar: Berättarkonst och etik*. Stockholm: Carlsson.
- Uddenberg, N. (2015). *Lidande och läkedom 2*. Stockholm: Fri tanke.
- Whitehead, A. N. (1929). *Process and reality. An essay in cosmology. Clifford lectures*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Zaner, R. (1989). *Ethics and the clinical encounter*. Eaglewood Cliffs: Prentice Hall.