

Autonomiens problematisering

- en refleksion over autonomibegrebet i en psykiatrisk forskningspraksis

Lise Kirstine Gormsen

Helsinki-deklarationens retningslinjer om informeret samtykke pålægger lægen som forsker at respektere patienternes autonomi. Men hvordan gør lægen det? Hvad er autonomi? Og hvad er et autonomt menneske? Disse spørgsmål er omdrejningspunkt i denne artikel, der beskriver og kritiserer autonomibegrebet som selvbestemmelse i en sundhedsvidenskabelig forskningspraksis, der tager udgangspunkt i Helsinki-deklarationens informerede samtykke. Gennem en detaljeret beskrivelse af mødet med en deprimeret patient udfoldes procedurerne ved det informerede samtykke i et psykiatrisk forskningsprojekt. Autonomibegrebet som selvbestemmelse afprøves og forkastes derefter gennem en refleksion over en psykiatrisk forskningspraksis. På baggrund af en teoretisk gennemgang af autonomibegrebet som selvdannelse og efterfølgende refleksion over praksisbeskrivelsen foreslås en ændring af autonomiopfattelsen fra selvbestemmelse til selvdannelse i det informerede samtykke. Refleksionerne og diskussionen medfører en øget anerkendelse af kompleksiteten i den sundhedsvidenskabelige forskningspraksis. Konsekvensen af denne indsigt bliver, at man må stille nye krav til forskeren som menneske og ikke blot som fagperson.

Indledning

Siden jeg første gang stod ved en sygeseng, har det slået mig, hvor anderledes små og sårbare mennesker virker i hospitalsskjorten i den store hvide seng end i mylderet på gaden uden for hospitalet. Fra denne betragtning udspringer min skepsis

over for begrebet 'autonomi', som det bliver brugt i den sundhedsvidenskabelige praksis. Hvordan kan disse sårbare, syge og lidende mennesker være autonome personer, der kan tage rationelle beslutninger? Disse betragtninger blev igen aktuelle, da jeg som leder af det kliniske forskningsprojekt *Smertes og depression* (Gormsen et al. 2004) skulle hente informeret samtykke fra deprimerede patienter på Psykiatrisk Hospital i Risskov.

Denne artikel er derfor en kritik af autonomibegrebet, som det eksisterer i den sundhedsvidenskabelige praksis eksemplificeret inden for psykiatrien. Artiklen forsøger at levere et alternativ til det eksisterende autonomibegreb ved at introducere et begreb, der bedre rummer mulighed for at indarbejde praksisfeltets kompleksitet. Artiklen lægger dermed op til kritik og ændring, men ikke en gennemgribende omstyrtning af autonomibegrebet. Denne tilgang er både artiklens styrke og svaghed. Styrke, idet praktikerer på denne måde får et fundament for at reflektere over autonomibegrebet. Svaghed, idet artiklen ikke sprænger de etablerede grænser inden for det sundhedsfaglige felt. Dette udgangspunkt er valgt, idet jeg som læge og forsker føler mig bundet til at skulle agere og opstille ændringsforslag i en virkelig sundhedsvidenskabelig verden. Det psykiatriske felt er valgt som et eksempel på en sundhedsvidenskabelig forskningspraksis. For det første fordi det i mødet med sindslidende patienter bliver særligt tydeligt, at det eksisterende autonomibegreb er utilstrækkeligt. For det andet fordi psykiatrien er mit felt som forsker, og jeg derfor har indgående kendskab til denne praksis.

Artiklen beskriver på disse præmisser først detaljeret mødet med en deprimeret patient i det psykiatriske forskningsprojekt *Smertes og depression*. Idéen er at beskrive en forskningspraksis med alle dens detaljer og relationer for at give en fornemmelse af kompleksiteten i feltet. Praksisbeskrivelsen er selvfølgelig specifikt relateret til det beskrevne projekt, men repræsenterer samtidig en typisk praksis i den psykiatriske forskning. Eksemplet er endvidere også typisk for andre grene af den sundhedsvidenskabelige forskning. Dernæst præsenteres det eksisterende autonomibegreb 'selvbestemmelsen' med udgangspunkt i Helsinki-deklarationens informerede samtykke. Fremlæggelsen hviler på de amerikanske filosoffer Tom Beauchamp og James Childress, idet de har været toneangivende inden for diskussionen af autonomi og det informerede samtykke i medicinen. Efterfølgende undersøges og forkastes autonomibegrebet som selvbestemmelse igennem en refleksion over praksis. Dernæst præsenteres autonomibegrebet som 'selvdannelse'. Beskrivelsen tager udgangspunkt i filosof Henrik Jørgensens ph.d.-afhandling om selvdannelse. Oplysningstanken, at mennesket er et fornuftsvæsen, er grundlæggende for begge autonomiopfattelser, men Jørgensen er valgt,

fordi han inkluderer selvdannelsesprocessen, der kan ses som et alternativ til den rigide angloamerikanske autonomidiskussion i medicinen. En udvidet betydning af selvdannelsesbegreb leveres af Nikolas Rose og Charles Taylor. De identificerer autonomi som et eksisterende ideal om mennesket i samfundet og diskuterer, hvordan samfundet og idealet influerer på hinanden og på mennesket. Rose og Taylor er valgt, idet de hæver diskussionen ud over det enkelte menneske og inddrager samfundsmæssige aspekter. En afprøvning og diskussion af selvdannelse i praksis anerkender feltets kompleksitet og lægger op til en ændret praksis- og autonomiopfattelse i hele den sundhedsvidenskabelige forskningspraksis.

En psykiatrisk forskningspraksis

Klokken er fem en regnfuld efterårseftermiddag, og jeg kører bilen op foran Psykiatrisk Hospital i Risskov. Bagagerummet er fyldt med instrumenter. Jeg leder et klinisk forskningsprojekt, hvor jeg undersøger depressions indflydelse på smertensansen. Projektet sammenligner smertetærsklerne hos deprimerede patienter før og efter depressionsbehandling med elektrochok. Smertetærsklerne undersøges på patientens fingre med en lille trykmaskine og et koldt vandbad. Jeg identificerer, hvornår patienten mærker smerte, og hvornår han eller hun ikke kan tolerere mere smerte. Efterfølgende svarer patienten på spørgeskemaer om oplevelsen af smerte. Hypotesen er, at deprimerede har lavere smertetærskler end raske, idet undersøgelser viser, at deprimerede klager mere over smerte end ikke-deprimerede personer. Den biokemiske årsag er sandsynligvis lavere niveauer af specifikke signalstoffer (serotonin og noradrenalin) i hjernen og rygmarven. Signalstofferne øges ved antidepressiv behandling (f.eks. elektrochok), og smertetærsklerne forventes derfor at være som raske personers smertetærskler efter behandlingen. Projektet er godkendt af Videnskabsetisk Komité for Århus Amt, og jeg har fået tilladelse til at iværksætte undersøgelsen på to afdelinger, efter at begge afdelinger har diskuteret projektet både blandt lægerne og det øvrige personale.

Denne eftermiddag låser jeg mig ind på elektrochokafdelingen og ser henvisningerne igennem for at finde egnede forsøgspatienter. Arbejdsgangen er den, at når jeg har fundet et navn, kontakter jeg den relevante afdelings ledelse enten skriftligt eller telefonisk. Hvis jeg får tilladelse, kan jeg gå til næste fase: at få en aftale med afdelingspersonalet om at besøge patienten på et givet tidspunkt. Først når det er på plads, kan jeg vise mig på afdelingen og møde patienten. Heldigvis har jeg denne eftermiddag en aftale, så min medhjælper og jeg slæber alt udstyret ind på afdelingen. Jeg snakker lidt med den vagthavende sygeplejerske. Vi kender

hinanden, idet jeg har arbejdet som lægevikar på afdelingen. Hun fortæller mig, at den patient, jeg har udset mig, er dårlig, men at jeg godt kan tale med hende. Sygeplejersken har fuld tillid til, at jeg selv kan vurdere situationen.

Jeg kender patientens historie fra journalen. Hun er en dame på 80 år, der inden indlæggelsen følte sig tiltagende træt, utilpas og ude af stand til at passe sine huslige pligter. Hun har altid været hjemmegående, og manden er nu pensioneret direktør. Hendes tilstand forværredes langsomt op til indlæggelsen; hun indtog ikke mad og drikke og blev forvirret og usammenhængende. Hun blev først indlagt på et somatisk hospital og derefter på Risskov til elektrochokbehandling. Hun har på nuværende tidspunkt fået 3 elektrochok og har det bedre. Hun er ikke forvirret, men er meget hæmmet og ulykkelig. Hun føler sig som en total fiasko, fordi hun er blevet indlagt på et psykiatrisk hospital og synes ikke, at hun slår til som hustru, mor og bedstemor. Det er, hvad jeg ved, da jeg træder ind på stuen.

Patienten har besøg af sin mand. Jeg præsenterer mig som medicinstuderende og forsker i smerter og depression. Jeg spørger dem, om jeg må tage lidt af deres tid til at fortælle om projektet. De er venlige og afslår ikke. Manden spørger, om han skal gå. Jeg siger, at han gerne må blive, hvis hans kone vil have det, da der ikke er noget hemmeligt i mit ærinde. Jeg giver dem min skriftlige information og forklarer om formålet og metoden i undersøgelsen. Jeg fortæller, hvordan jeg har fundet frem til hendes navn, og hvordan jeg har diskuteret hendes medvirken med læger og øvrigt personale. Jeg pointerer, at det er frivilligt at deltage, og at hun selv kan kontrollere tryksmerten og kuldesmerten. Et eventuelt afslag får hverken konsekvenser for hende i forhold til mig eller afdelingen. Hun kan til enhver tid trække sig ud af undersøgelsen uden konsekvenser. Jeg pointerer endvidere, at undersøgelsen ikke er en del af hendes behandling, men udelukkende en hjælp til at undersøge relationen mellem smerter og depression. Efter min forklaring spørger jeg dem, om de har nogle spørgsmål. De vil vide, hvornår jeg bliver læge, og patienten spørger sin mand, om han kan se, at jeg ligner deres yngste barnebarn. Jeg griner lidt og spørger, om hun også læser medicin, men det gør hun ikke. Derefter spørger jeg igen, om de har nogle spørgsmål til projektet. Patienten siger, at hun er lidt bange for, at der kommer stød igennem det kolde vand, men det garanterer jeg for, at der ikke gør. Hun ser stadigvæk lidt betænkelig ud og kigger over på sin mand. "Jeg er jo ikke sådan helt i hopla lige i øjeblikket," siger hun til ham. Han giver hende ret, men han synes godt, at hun kan deltage i forsøget, da "det ikke er farligt", og da "man jo skal hjælpe, hvor man kan". Jeg foreslår, at jeg går et kvarters tid, så kan de læse mit materiale og diskutere sagen.

Jeg står med en kop kaffe ude på gangen sammen med min medhjælper. Det vil være en lettelse, hvis hun siger ja. Vi har haft alt besværet med at lave aftaler og slæbe udstyret til Risskov. Desuden mangler vi kun få patienter, inden vi er færdige. På den anden side har jeg heller ikke 'råd' til at få ballade med plejepersonalet, hvilket jeg ville få, hvis de får på fornemmelsen, at jeg har presset hende eller fejlvurderet hendes tilstand. Det kunne i begge tilfælde være enden på mit projekt. Bare hun siger ja, siger vi til hinanden. Patientens mand stikker hovedet ud af døren og siger, at de er blevet enige om, at hun godt vil deltage. Jeg smiler lettet og går ind på stuen. Jeg spørger hende igen, om hun vil deltage i undersøgelsen, hvilket hun bekræfter. Hun underskriver derefter den fortrykte erklæring om informeret samtykke.

Autonomibegrebet i den sundhedsvidenskabelige forskningspraksis

Alt er gået efter bogen i mit forskningsprojekt. Jeg har videnskabsetisk komité's godkendelse. Jeg har fulgt sygehusets etiske og forskningsmæssige retningslinjer, der på Psykiatrisk Hospital i Risskov er strengere og mere gennemtænkte end mange andre steder. Jeg har gjort mig mange overvejelser om ikke at lægge pres på patienterne, og jeg forsøger ved hvert møde med den enkelte patient at gøre mig umage med at vurdere deres tilstand og informere dem på en ikke-manipulerende måde. Selvom alt derfor burde være i orden, forurolicher min praksis mig. Er det et reelt informeret samtykke, jeg indhenter? Og hvad er et informeret samtykke i det hele taget?

Før forskningsprojektet startede, blev det godkendt af den Videnskabsetiske Komité i Århus Amt. Dette indbefatter, at projektet overholder bekendtgørelsen om informeret samtykke ved inddragelse af forsøgspersoner i biomedicinske forskningsprojekter¹. Grundlaget er de internationale forskningsetiske retningslinjer 'Helsinki-deklarationen', der er udviklet og vedtaget af Verdenslægeforeningen. Helsinki-deklaration I fra 1964 fastlægger principperne om frivillighed, information og samtykke fra forsøgspersoner, og Helsinki-deklaration II fra 1975 udbygger denne med principperne for informeret samtykke og for de videnskabsetiske komitéers godkendelse af forsøgsprotokoller ved biomedicinske forsøg. Ved en gennemgang af Helsinki-deklarationens retningslinjer for informeret samtykke bliver min skepsis med hensyn til autonomibegrebet styrket. Helsinki-deklaration II (Scocozza 1994: 276) siger i uddrag om informeret sam-

tykke, afsnittet om basale principper (egen oversættelse, engelsk version note 2-4):

Artikel 9: Lægen skal så indhente forsøgspersonens *frit* afgivne, informerede samtykke.

Artikel 10: Når det informerede samtykke til deltagelse i et forskningsprojekt skal indhentes, skal lægen være særlig forsigtig, hvis forsøgspersonen står i et *afhængighedsforhold* til lægen eller kan tænkes at *føle sig presset* til at give sit samtykke.

Artikel 11: I tilfælde af lovfæstet *inkompetence* bør det informerede samtykke optages fra den lovfæstede værge efter gældende nationale love. Når *manglende kapacitet*, fysisk eller mentalt, umuliggør et informeret samtykke, eller når personen er mindreårig, bør værgeren kunne erstatte personens samtykke i overensstemmelse med gældende nationale love.

De fremhævede ord i teksten beskriver det autonomibegreb, der foruroliger mig. De forudsætter et menneske, der er frit, uafhængigt, ikke udsat for pres eller tvang og desuden har kompetence og kapacitet til at vælge. Men opfylder en patient i en psykiatrisk forskningspraksis disse betingelser? Og hvordan respekterer lægen som forsker patienterne som autonome mennesker i forbindelse med det informerede samtykke? Omdrejningspunktet i denne artikel er således spørgsmålene: *Hvad er autonomi? Hvad er en autonom person? Og hvad vil det sige at respektere en persons autonomi?*

Ordet autonomi kommer fra græsk. 'Autos' betyder selv, og 'nomos' betyder lov, så ordet betyder selvlovgivning, selvstyre eller selvbestemmelse og blev brugt om det politiske styre i antikkens bystater. Som begreb i moderne filosofi er autonomi først og fremmest præget af Immanuel Kant i diskussionen om menneskets frihed. Kant mener, at mennesket selv giver de almene love via fornuften, som det bør handle efter. Handlinger bestemmes således ved hjælp af fornuften i stedet for af følelser, drifter og begær. Teorien om mennesket som fornuftsvæsen, der selv kan og har ret til at handle og vælge i deres liv, er grundlæggende for Kants filosofi, hele oplysningstidens filosofi og dermed vores vestlige kultur. Den ligger således også som en grundtese bag autonomibegrebet i Helsinki-deklarationen.

I den lægevidenskabelige verden har Tom Beauchamp og James Childress med bogen *Principles of Biomedical Ethics* (Beauchamp og Childress 1994) været tone-

angivende for opfattelsen af autonomi og respekt for autonomi i forbindelse med det informerede samtykke. Beauchamp og Childress antager i tråd med Kant og oplysningstidens tradition, at mennesket er fornuftsstyret, og at det via fornuften kan identificere principper af almengyldig værdi. Principperne omfatter 'autonomi', 'non-maleficence' (det ikke at skade andre), 'benefice' (godgørelse) og 'retfærdighed' og bliver under ét kaldt 'the four principles'. Beauchamp og Childress repræsenterer en filosofisk retning, man kunne kalde principismen, idet de ud fra disse fire principper udleder standarder, der kan ligge til grund for lægens konkrete handlinger.

En autonom person er ifølge Beauchamp og Childress "fri af kontrollerende indflydelse" og "har kapacitet til at kunne handle efter egen intention" (Beauchamp og Childress 1994: 121). At have en definition af en autonom person er dog ikke nok til at kunne indhente et informeret samtykke. Autonome personer laver nemlig ikke altid autonome handlinger/valg, og ikke-autonome personer kan lave autonome valg. En tvangsindlagt sindslidende person kan f.eks. selv tage stilling til, hvad han vil spise til aftensmad, og et autonomt menneske kan samtykke til en handling under tvang eller uden at forstå den. Autonome handlinger skal derfor ifølge Beauchamp og Childress være "foretaget med forståelse for handlingen og uden kontrollerende påvirkning, der determinerer den." (Beauchamp og Childress 1994:123). Når en handling eller et valg skal vurderes som autonomt eller ej, er det således nødvendigt at vurdere, om personen er kompetent til at tage en beslutning. Beauchamp og Childress formulerer standarder for kompetence, man ikke må falde ind under, hvis man skal vurderes kompetent, f.eks. til at give et informeret samtykke (Beauchamp og Childress 1994: 137) (egen oversættelse).

- 1) Manglende evne til at udtrykke eller kommunikere en præference eller et valg
- 2) Manglende evne til at forstå ens egen situation og dens konsekvenser
- 3) Manglende evne til at forstå relevant information
- 4) Manglende evne til at give en årsag
- 5) Manglende evne til at give en fornuftig (rationel) årsag
- 6) Manglende evne til at give en risikobetonet (risk-benefit) årsag
- 7) Manglende evne til at nå en fornuftig (rationel) beslutning

Beauchamp og Childress mener således, at en autonom person, der foretager en autonom handling, f.eks. et informeret samtykke, ikke falder ind under de nævnte standarder. De påpeger endvidere, at det at være autonom eller foretage et autonomt valg ikke er det samme som at være respekteret som en autonom person.

Autonomi er ikke en tilstand, man befinder sig i uafhængigt af omgivelserne. Autonomi skal også bakes op af handlinger (Beauchamp og Childress 1994: 125). Det at respektere et autonomt menneske indbefatter derfor, at man handler således, at patienterne får mulighed for at udtrykke de evner/kompetencer, som er omtalt i standarderne 1-7. Jeg vil i det følgende undersøge, om patienten i praksisbeskrivelsen er kompetent til at underskrive et informeret samtykke, og om jeg lader patienten udfolde sine kompetencer og dermed respekterer patienten som et autonomt menneske.

Refleksion over autonomibegrebet selvbestemmelse i en psykiatrisk forskningspraksis

-Er patienten kompetent til at skrive under på et informeret samtykke?

Patienten skal ifølge Beauchamp og Childress' standarder for kompetence kunne udtrykke eller kommunikere en præference eller et valg (standard 1). Dette er svært at afgøre, idet en del af kommunikationen går igennem manden. Patienten siger dog, at hun ikke er "sådan helt i hopla lige i øjeblikket," hvilket antyder en præference om ikke at deltage i forsøget. Patienten skal desuden forstå sin egen situation og dens konsekvenser (standard 2). Patienten er hæmmet, ulykkelig og føler sig som en total fiasko. Der er således stor sandsynlighed for, at hun vurderer sin situation og dens konsekvenser mere negativt, end en rask person ville gøre. Det kan endvidere diskuteres, hvornår et menneske kan vurdere sin egen situation og dens konsekvenser. Er jeg f.eks. i arbejdet som læge i stand til at forstå min situation og dens konsekvenser? Jeg har stor forståelse for de situationer, jeg kommer til at stå i som læge, men det er tvivlsomt, om jeg har fuld forståelse. Jeg har endnu mindre forudsætning for at forudse, hvilke konsekvenser mine handlinger vil have for mine patienter. Nogle vil jeg helbrede, andre ikke, og for atter andre vil mine handlinger være direkte skadelige. Endvidere vil jeg have endnu mindre indsigt i, hvilke konsekvenser mine handlinger vil have for patienternes familier. Nogle vil leve videre uberørte af mødet med mig, og andre vil leve resten af deres liv i taknemmelighed eller vrede mod mig.

Patienten skal endvidere kunne forstå relevant information (standard 3), hvilket er tvivlsomt vurderet ud fra de spørgsmål, hun stiller i praksisbeskrivelsen. Spørgsmålet om muligheden for elektricitet gennem vandet antyder, at hun ikke

har forstået informationen, idet jeg skriftligt og mundtligt har gennemgået alle metoder i projektet og på intet tidspunkt har omtalt elektricitet. Patienten virker mere optaget af mig som person end af projektinformationen. Hun spørger, hvornår jeg bliver læge og sammenligner mig med hendes barnebarn. Det kan igen diskuteres, om ikke alle mennesker har svært ved at forstå relevant information. Selv højt begavede personer kan have vanskeligt ved at forstå kompleks information formidlet gennem en diskurs fra en anden profession. Ifølge standarderne 4-6 skal hun kunne give en rationel og risk-benefit årsag, hvilket ikke er beskrevet i praksisbeskrivelsen og dermed ikke kan afgøres. Endelig skal hun nå til en rationel beslutning, men idet hun ikke har forstået den relevante information, ikke tydeligt har udtrykt eller kommunikeret en præference eller valg, og det er usikkert, om hun kan vurdere sin situation og dens konsekvenser endelige kan give en rationelle og risk-benefit årsag, kan en rationel beslutning for mig at se ikke nås. Konklusionen bliver derfor, at patienten ikke er kompetent til at underskrive det informerede samtykke ud fra de opstillede standarder.

Det første problemet består i, at det ideal, som Beauchamp og Childress sætter med standarderne, ligger langt fra virkeligheden. Tager man standarderne alvorligt, vil det, som antydnet ovenfor, være vanskeligt for selv intelligente og veluddannede mennesker, der er fysisk og psykisk raske at leve op til standarderne for kompetence. Afstanden til virkeligheden øges, hvis man afprøver standarderne på en deprimeret patient indlagt på et psykiatrisk hospital. Anvendeligheden af Beauchamp og Childress' standarder bliver på denne måde problematisk, skønt de understreger, at man ikke nødvendigvis skal opfylde standarderne fuldt ud. De foreslår, at standarderne bruges som en 'glidende skala' (Beauchamp og Childress 1994: 138). Det vil sige, jo farligere en behandling/handling er, jo skrapere skal man respektere standarderne, og jo mindre farlig den er jo lavere standarder. Om projektet i praksisbeskrivelsen kunne man sige, at det ikke er en farlig undersøgelse, og ubehaget er begrænset (lidt tryk og lidt koldt vand), så patienten behøvede ikke at opfylde alle standarderne, eller hun behøvede ikke at opfylde dem til fulde. Denne teori er forførende, men giver problemer. Er det en person fra hospitalssystemet, f.eks. mig som forsker, der skal afgøre farligheden? Eller måske videnskabsetisk komité? Hvordan vurderer vi endvidere, om de personer, der tager beslutningen, er kompetente og uden for intern og ekstern indflydelse i form af f.eks. personlige relationer eller ambitioner af forskningsmæssig eller politisk karakter. Endvidere er det svært at se, hvorfor det er nødvendigt at opstille specifikke standarder for efterfølgende at lade dem variere. Ville det da ikke være bedre at afskaffe standarderne og åbent

erkende, at hver enkelt situation nøje skulle vurderes. Jeg forkaster på denne baggrund 'glidende skala'-strategien.

Et andet problem er den manglende information i praksisbeskrivelsen. Der vil aldrig være nok information til at afgøre, om patienten opfylder standarderne. Selv i situationen hvor jeg indhenter det informerede samtykke, har jeg ikke nok information til at afgøre standarderne. For hvordan skal man afgøre, om patienten har de krævede kompetencer. Skal man spørge? Skal man fornemme? Standarderne antager, at vi objektivt kan afgøre, om patienten i det enkelte tilfælde er autonom. Dette er problematisk, idet man ikke kan lave en nøje vurdering af den enkelte patient, når man er bundet til at svare enten ja eller nej. Standardmåden at tænke autonomi på levner ikke rum til detaljerne i situationen og dermed den kompleksitet, som alle forskningspraksisser rummer. Komplexiteten i min forskningspraksis illustreres ved, at jeg taler med sygeplejersker, drikker kaffe på gangen med min medhjælper, slæber mit udstyr ind på afdelingen og interagerer med patienten og patientens mand. Disse ting er ikke udenomsting og usikkerheder i min forskning, som de traditionelt er blevet anset for i medicinen. Det er min forskningspraksis. Det er symptomatisk for den sundhedsvidenskabelige forskning, at man forsøger at skære disse omstændigheder fra. Usikkerhederne forsøges minimeret, og procedurerne standardiseret. Resultaterne af forskningen fremstår derfor ofte, som om en usynlig hånd har frembragt alt. Smertetærsklerne optræder som gennemsnitsværdier adskilt fra den enkelte person, som om smerten eksisterer i sig selv og ikke er et bevidsthedsfænomen med en bærer. At den sundhedsvidenskabelige forskningspraksis forsøger at se væk fra, at den er en kompleks praksis, er blandt andet årsagen til, at vi står med et ubrugeligt selvbestemmelsesautonomibegreb. Det er netop i den komplekse praksis, jeg har brug for et autonomibegreb, hvilket ikke leveres af Beauchamp og Childress eller Helsinki-deklarationen.

Respekterer jeg patienten som et autonomt menneske?

Det næste spørgsmål er, inden for Beauchamp og Childress' tankegang, om jeg respekterer patientens autonomi. Giver jeg mulighed for, at patienten kan udfolde sine kompetencer i henhold til standarderne. I praksisbeskrivelsen ser det ud som om, jeg koncentrerer mig om at få patienten til at forstå den relevante projektinformation (standard 3), hvilket jeg har tvivlsom succes med. Måske kunne konklusionen: at patienten ikke er kompetent til at underskrive det informerede samtykke, ændres, hvis jeg havde fokuseret på at understøtte eller udvikle de beskrevne

kompetencer hos patienten. Dette ligger bare ikke i autonomibegrebet, som Beauchamp og Childress repræsenterer, idet man i deres forståelse skal lade personen "kunne handle efter egen intention" og være "fri af kontrollerende indflydelse" (Beauchamp og Childress 1994: 121).

Man kan endvidere spørge, om jeg i praksisbeskrivelsen overhovedet bruger selvbestemmelse som autonomibegreb. Jeg har beskrevet standardernes ubrugelighed i praksis, og selvom medicinen læner sig op ad dette grundlag, er det givetvis sjældent, at begrebet og standarderne bruges på den her beskrevne måde. For det første er der i praksisbeskrivelsen sket flere vurderinger af patienten uafhængigt af standarderne, inden jeg møder hende. Heriblandt min egen gennemgang af henvisningerne på elektrochokafdelingen, dernæst lægernes og plejepersonalets kliniske vurdering af hendes tilstand. For det andet vurderer jeg patienten ved at interagere med patienten og hendes mand. Jeg spiller med på de emner, der kommer op i samtalen, f.eks. at jeg ligner deres barnebarn. Disse vurderinger af patientens egnethed og villighed til at deltage i undersøgelsen er sammenfiltret af forskellige elementer og hensyn, f.eks. afdelingen rutiner, patientens diagnose, patientens udtrykte ønsker, personalets holdninger og mig som person. Alt dette er uafhængigt af standarderne og Helsinki-deklarationens autonomibegreb. Jeg ville sandsynligvis hævde, at jeg holdt mig stringent til deklarationens forskrifter, hvis jeg blev spurgt i projektperioden. Jeg ville tro på min udtalelse, trods det at jeg, som tidligere nævnt, er foruroliget over min praksis, men jeg havde ikke på det tidspunkt en verbal erkendelse af min praksis.

Jeg må på ovenstående grundlag forkaste autonomibegrebet som selvbestemmelse, dels fordi det ikke passer til den praksis, det skal vurdere og beskrive, og dels fordi det sandsynligvis ikke bruges i den sundhedsvidenskabelige praksis. Problemet er, at den praksis, der antages hos Beauchamp og Childress, ikke findes. Den eksisterende praksis er mere kompleks. Konsekvensen er, at vi må ændre vores praksisopfattelse og indarbejde et brugbart autonomibegreb i denne nykendte komplekse praksis. Jeg vil derfor søge andre autonomibegreber, der bedre kan bruges i den komplekse praksis, hvor det informerede samtykke foregår.

Autonomibegrebet uden for en sundhedsvidenskabelig praksis *-Autonomibegrebet som selvdannelse repræsenteret af H. Jørgensen*

Autonomi ses af Jørgensen som personlighedsidealet 'selvdannelse'. Det at være i stand til at vælge er ikke nok til at være autonom. Man skal ifølge Jørgensen have

”viljesfrihed og valgfrihed baseret på evnen til kritisk overvejelse” (Jørgensen 1997: 123). Viljesfrihed defineres ved at bruge 1. og 2. ordens ønsker. 1. ordens ønsker er vore umiddelbare ønsker, f.eks. at en ryger ønsker at ryge. 2. ordens ønsker er derimod vore velovervejede eller reflekterede ønsker, f.eks. at en ryger ønsker at stoppe med at ryge. Man har viljesfrihed, hvis man kan sætte 2. ordens ønsker over 1. ordens ønsker, og man er autonom, hvis dette sker på baggrund af kritiske overvejelser. Personen opbygger altså sin livsanskuelse ved at forholde sig kritisk til sig selv – en proces der eventuelt kunne kaldes selvudvikling, selverkendelse eller selvdannelse.

Livsanskuelser (individets værdier og idéer) justeres hele tiden, men det er ikke en tilfældig eller utvungen proces, idet det er vigtigt, at personen selv finder den berettiget. Hvis individet finder værdierne berettigede, bliver de overlegne i forhold til andre værdier, og individet vedbliver med at have handlekraft uafhængigt af andre. Det moderne menneske har ifølge Jørgensen intet andet valg end kritisk at vælge sine værdier. Det er den eneste mulighed for at danne sig selv og skabe sin egen identitet i en pluralistisk moderne verden. Personen identificerer på denne måde, den/de værdier som hans succes eller fiasko i livet afhænger af (Jørgensen 1997: 126).

Filosoffen Steen Wackerhausen kritiserer Jørgensen for ’filosof-forherligelse’ (Jensen og Andersen 1995: 57), der gør den grublende, eftertænksomme og selvreflekterende person til idealet. Den spontane, frie og uhæmmede person derimod, der ikke aktivt forholder sig til sig selv, er en ikke-autonom person. Wackerhausen påpeger, at man f.eks. i den østlige filosofi anser det spontane menneske for autonomt. Det interessante i kritikken er, at Wackerhausen på denne måde inddrager personer, der ikke evner kritisk overvejelse, f.eks. psykisk udviklingshæmmede eller demente som autonome mennesker, der også skal respekteres.

Autonomibegrebet som selvdannelse i samfundet repræsenteret af N. Rose og C. Taylor

En udvidet måde at behandle autonomi som selvdannelse på leveres af henholdsvis Nikolas Rose og Charles Taylor. De identificerer autonomi som et eksisterende ideal om mennesket i samfundet og diskuterer, hvordan samfundet og idealet influerer på hinanden og på menneskets selvdannelsesproces.

Rose behandler Foucaults teori om, at magt er det styrende i alle relationer af livet under overskriften *Governing enterprising individuals* (Rose 1998). Magt hand-

ler derfor ikke bare om, hvordan autoriteterne undertrykker individets autonomi, men også om en måde hvorpå mennesket organiserer sig og agerer i verden. Rose påpeger via Foucault, at ord som 'valg' og 'frihed' ikke betegner det højeste stadie af en etisk evolution, men derimod en måde, hvorpå det politiske system regerer sine undersåtter. En anden dimension er Foucaults begreb 'institutionalisering'. Dette henviser til, at samfundet er gennemsyret af institutioner, der har idéer og antagelser om mennesket. Institutionerne styrer og skaber mennesket, selvom deres formål siges at være at skabe frie og uafhængige individer. En tredje dimension er, at ideen om autonomi er integreret i vores nuværende kultur. Den har indflydelse på, hvordan vi forstår og forbedrer os selv i relation til, hvad der er sandt, tilladt og ønskeligt (Rose 1998: 153).

Taylor behandler i bogen *The Ethics of Authenticity* (Taylor 1997) en facet af den moderne individualisme, som han kalder 'the culture of authenticity'. Taylor beskriver autenticiteten som et udtryk for tiden og samfundet, men også som en idé om, hvad mennesket er, og hvordan det bør være. Dette ideal 'autenticiteten' foreslår ikke bare frihed for individet (autonomi), men foreslår også en samfundsmodel. Autenticiteten har været med til at bryde samfundshierarkierne ned og har medført social mobilitet og uformelle omgangsformer. Før dette var det hierarkier, der gav identitet og anerkendelse, og autenticiteten blev derfor ikke tematiseret hos folk i præmoderne tid (Taylor 1997: 48). I dag skaber individet sin identitet, er selvdannende, i dialog med – og sommetider som en kamp mod – den identitet, som den signifikante anden vil genkende i os (Taylor 1997: 33-34).

Jeg vil i det følgende reflektere over autonomibegrebet som selvdannelse, repræsenteret af Jørgensen, Rose og Taylor i forhold til min praksisbeskrivelse. Formålet er, at se om begrebet, der giver indsigt i menneskelige og samfundsmæssige relationer, kan anvendes, når vi står ansigt til ansigt med patienten og spørger: *Er denne person autonom?* og *Hvordan respekterer jeg dette menneskes autonomi?*

Refleksion over autonomibegrebet som selvdannelse i en psykiatrisk forskningspraksis

- *Er patienten en autonom person?*

Det springende punkt i afgørelsen om patientens autonomi i praksisbeskrivelsen er ifølge Jørgensen ikke, hvilke værdier hun følger, men om hun har foretaget en kritisk overvejelse af disse værdier og taget dem til sig som følge af denne proces.

Spørgsmålet er således, om det er hendes egne værdier, som afgørelsen om at deltage bygger på.

Som beskrevet i praksisbeskrivelsen vælger patienten at deltage i projektet ud fra værdien om, at "man jo skal hjælpe, hvor man kan". Idet det er manden, der udtrykker dette verbalt, kunne man mistænke hende for ukritisk at reproducere mandens værdi. For det første er det problematisk at hævde, at patienten ikke vælger ud fra egne værdier, trods det at hun eventuelt lader samfundets, institutionens og/eller mandens værdier påvirke hendes valg. Taylor påpeger, at ingen er alene med skabelsen af identitet: Vi opnår selvdannelse i samspillet/modspillet med andre. Taylors identifikation af autonomi som et ideal om mennesket i samfundet argumenterer for dette, idet han påpeger, at 'the culture of authenticity' historisk set ligger før 1900-tallet. Det placerer patienten i denne kultur. Min patient kan ikke være upåvirket af det samfund, hun lever i. Hun kender kunst, film og litteratur, der handler om at finde sig selv, finde sin identitet og udvikle sig. Hun har givetvis praktiseret nogle af denne udviklings landvindinger, f.eks. ved at sige du til folk og stemme til valgene. Patienten kan derfor godt være autonom, forstået som selvdannende, trods det at hun eventuelt har ladet andre påvirke hendes valg.

For det andet er det problematisk at hævde, at min patient ikke har gjort sig store og kritiske overvejelser. Jeg kendte hende ikke, før hun blev syg, og jeg kender ikke hendes tanker, når hun sidder over for mig. Det kan meget vel være, at hun både før og under vores samtale gør sig meget interessante og relevante kritiske overvejelser. For hvor lang tid skal den kritiske overvejelse tage? Skal man være i gang hele dagen? Eller er et minut nok? Desuden er det ifølge Wackerhausen også rimeligt at respektere hende som en autonom person, der kan vælge, selvom en større filosofisk kritisk overvejelse ikke har fundet sted. Jeg kan på baggrund af autonomibegrebet forstået som selvdannelse ikke forkaste patienten som værende en autonom person og kan derfor godt tage hendes samtykke for pålydende.

Respekt for en patients autonomi?

Når man skal respektere en patients autonomi, skal man ifølge Jørgensens tankegang skabe mulighed for, at den kritiske overvejelse og personens handlinger foretages uafhængigt af andre. Ifølge Roses udlægning af Foucaults magtbegreb og institutionalisering er patienten i praksisbeskrivelsen i ekstrem grad underlagt andres indflydelse. Hun er indlagt på et hospital underlagt institutionens regler og rutiner. Dette er en form for magtudøvelse, idet systemets værdier regerer og

kontrollerer de 'indsatte'. Institutionen påstår, at deres formål og virke er at hjælpe mennesket til at blive fri (af sygdom) og uafhængig af institutionen (udskrevet), men Foucault ville påpege, at dette er en magtdemonstration og kontrollerende i sig selv. Personalet i institutionen definerer, at hun ikke er rask og dermed afhængig af dem, fordi de vurderer det nødvendigt, at hun underlægges sig elektrochok. Ved denne form for behandling underkaster hun sig i særlig grad behandlerssystemet. Hun bliver bogstaveligt talt lagt forsvarsløs på ryggen, bedøvet og udsat for chok med efterfølgende kramper. Hun er i en svag position både fysisk (bedøvet) og psykisk (føler sig syg og ulykkelig) over for hospitalsvæsenet. Set fra hendes position er hun fuldstændig afhængig af både læger og plejepersonale.

I forbindelse med mit projekt og indhentelse af det informerede samtykke har jeg ikke været direkte i læge-patientforhold til hende, men situationen har fælles træk. For det første er der et indbyrdes afhængighedsforhold mellem afdelingspersonalet og mig: Jeg skal bruge dem til at få patienter og ekstravagter, og de har brug for mig, når jeg har vagt som læge på afdelingen. For det andet bruger jeg læge-patientrelationen, idet jeg direkte siger, at jeg har diskuteret hendes deltagelse i min undersøgelse med læger og personale på afdelingen.

I den konkrete situation hvor jeg spørger hende om samtykke, er hun heller ikke uafhængig af andres indflydelse. Selvom vi ser bort fra institutionaliseringen og min eventuelle læge-patientrelation til hende, er hun stadigvæk under indflydelse. Jeg forsøger ubevidst at påvirke hende til at deltage. Jeg ser en pæn ældre dame, som hele sit liv har været hjemmegående husmor og har gjort alt for at gøre alle tilpas. Jeg presser hende præcist der, hvor hendes husmorrolle kræver, at hun skal: hjælpe (a), have dårlig samvittighed (b) og tage sig af familien (c). For det første spørger jeg hende, om hun vil hjælpe mig med projektet (ad a). For det andet forhindrer jeg ikke yderligere eksternt pres, idet jeg ikke stopper manden, som taler til hendes dårlige samvittighed: "at man jo skal hjælpe, hvor man kan" (ad a og b). Jeg lader hende derudover forstå, at jeg har gjort mig stort besvær for at finde hende. Hun har måske endda set mig bære udstyret ind på afdelingen, hvilket giver hende dårlig samvittighed, hvis hun bliver til besvær uden at være til nytte (ad b). For det tredje foregiver jeg at være ufarlig og familiær. Jeg spiller på, at jeg lige så godt kunne være hendes barnebarn, da den sammenligning kommer frem, idet jeg spørger, om hendes barnebarn også læser medicin. Jeg understreger også, at jeg bare er studerende, underforstået ligesom hendes børnebørn, og ikke i en læge-patient relation til hende (ad c). Til sidst lægger jeg det ultimative pres på hende, da jeg giver hende et kvarter til at overveje sagen, mens jeg demonstrativt står og drikker kaffe ude på gangen og venter på svar.

Jeg må desværre konkludere, at jeg – trods mine gode hensigter om det modsatte – ubevidst har manipuleret patienten til at deltage. Jeg bevæger mig på gyngende grund mellem lægerollen og forskerrollen. Som patientens læge kræves indføling, hvilket er svært at honorere, når man forsker på vegne af fremtidige patienters velfærd og egen karrieremæssig vinding. Endvidere må jeg konkludere, at hospitalssystemet som institution ikke respekterer hende som et autonomt menneske, idet hun i høj grad er influeret og undertvunget af systemet.

Fra selvbestemmelse til selvdannelse

Autonomibegrebet 'selvbestemmelse' er tydeligvis ubrugeligt i den beskrevne komplekse praksis, idet begrebet er baseret på antagelsen om en ukompleks praksis, der ikke findes. Den udvidede selvdannelse (kombinationen af Jørgensen, Taylor og Rose) indebærer derimod større mulighed for en åben tilgang til det enkelte menneske og praksis. Jørgensen ('det simple selvdannelsesbegreb') begår nemlig samme fejl som Beauchamp og Childress ved at opfatte mennesket som uafhængigt af andre. Jørgensens selvdannelse er således ikke et grundlæggende alternativ til selvbestemmelsen. Jørgensen fokuserer på det refleksive menneske, hvilket er meget lig Beauchamp og Childress' autonome menneske. Forskellen mellem selvbestemmelse og den udvidede betydning af selvdannelse er derfor 'selvdannelsesprocessen'. Når mennesket bliver selvdannende, opstår der nemlig en anderledes forståelse af mennesket og dermed autonomibegrebet. Influerende elementer på selvdannelsesprocessen beskrives af Taylor og Rose som f.eks. interaktionerne mellem mennesker og kultur, institutioner og politiske systemer. Selvdannelsesbegrebet skaber derfor via selvdannelsesprocessen mulighed for, at disse ydre rammers påvirkning og dominans kan tænkes ind i begrebet. Konsekvensen af indførelsen af det udvidede selvdannelsesbegrebet bliver en erkendelse af, at man ikke enkelt kan afgøre autonomien f.eks. via standarder, og at vi må indbygge en følsomhed for den enkeltes situation i vores tilgang til autonomi.

Man kunne diskutere behovet for et autonomibegreb i den sundhedsvidenskabelige praksis, idet både selvbestemmelse og selvdannelse indeholder problemer. Kunne man tænke sig, at vi forkastede autonomibegrebet? For det første i erkendelse af at intet autonomibegreb er komplekst nok til at dække praksis. For det andet i erkendelse af at spørgsmålet, om individet er rationelt og autonomt, måske er underordnet i forhold til, om individet finder de etablerede rammer, som de lever under, meningsfulde, eller om de har mulighed for at påvirke dem i meningsfuld retning. Problemet er for mig som læge og forsker, at en fuldstændig forkastelse af

ethvert autonomibegreb stiller mig handlingslammet i den konkrete forskningspraksis, hvor jeg møder patienten og skal indhente det informerede samtykke. Jeg er nemlig, som læge og forsker, bundet af loven til at holde mig inden for Helsinki-deklarationen. Vores samfund kræver både lovmæssigt og værdimæssigt, at vi informeres og samtykker, når vi som forsøgspersoner indgår i et forskningsprojekt. Hvis jeg overtræder de etablerede grænser inden for det sundhedsfaglige felt, fratages jeg min autorisation som læge. Jeg kan derfor kritisere og diskutere det eksisterende autonomibegreb, men jeg har intet andet valg end at opretholde et autonomibegreb og en form for informeret samtykke. Endvidere kunne det tænkes, at de fleste mennesker finder de ydre rammer i forbindelse med det informerede samtykke meningsfulde, idet der i vores samfund via lovgivningen er konsensus om, at Helsinki-deklarationen skal være grundlaget for vores retssikkerhed som patienter. Den udvidede selvdannelse som autonomibegreb er således måske pragmatisk, men brugbart, idet det netop rummer muligheden for en mere kompleks forståelse af praksis og autonomi.

Refleksion over respekten for det selvdannende menneske

Idet jeg accepterer patienten som selvdannende, opstår spørgsmålet: *hvordan respekterer jeg patienten som et autonomt menneske i praksis?* Jørgensen påpeger, at det til dels er en samfundsmæssig opgave at opretholde individets mulighed for at være autonome, idet influerende faktorer f.eks. er uddannelse, opdragelse, tolerance i medmenneskelige relationer og en bred vifte af handlemuligheder i det samfund, vi lever i. Respekten for et autonomt menneske er således relateret til at skabe mulighed for, at mennesket kan udfolde sin selvdannelsesproces på et personligt såvel som samfundsmæssigt plan.

Problemet er, at min indsigt i et samfundsmæssigt og psykologisk autonomibegreb ikke giver mig brugbare redskaber, når jeg i praksis står ansigt til ansigt med en patient. Jeg mangler metoder, der kan skabe mulighed for selvdannelse i den praksis, hvori det informerede samtykke foregår. Et nærliggende spørgsmål er selvfølgelig, hvorfor jeg som læge og forsker skal respektere patienternes autonomi? Hvorfor pålægger jeg mig den opgave, når Jørgensen, Rose og Taylor lægger vægt på, at samfundsmæssige aspekter influerer autonomien. Jeg tillægger hermed lægen som enkeltperson stor indflydelse og magt, hvilket ikke er fuldt berettiget. Medicinen ser traditionelt læge-patientforholdet som et nærmest urørligt faktum, selvom tiden i store dele af sundhedsvæsenet og forskningsverdenen er løbet fra læge-patientforholdet. Et forskningsprojekt har mange forskere tilknyt-

tet, og en patient på et hospital har måske 10 læger under en enkelt indlæggelse. Forholdet til patienterne kan derfor bedre beskrives som et patient-behandlerkollektiv (Uffe Juul Jensen 1994). På den ene side har lægen derfor ikke hele magten (og skylden, hvis det ikke lykkes) for at respektere patienternes autonomi. På den anden side står jeg som læge og forsker alene ansigt til ansigt med mine patienter, når jeg beder dem om samtykke. Selvom det således ikke er hele mit ansvar at respektere patientens autonomi, men også sundhedsvæsenet som system og behandler/forskerkollektivet, fritager det ikke mig fra ansvar. Det er fra dette udgangspunkt, at jeg stiller spørgsmålet: *Hvordan dygtiggør jeg mig til at respektere patienternes autonomi?*

Det ville være nærliggende at studere de humanistiske discipliner inden for medicinen, f.eks. etnografi, filosofi og psykologi, for derigennem at finde brugbare redskaber til at respektere patienternes autonomi. Hermeneutikken, narratologien og livsformsanalyser repræsenterer metoder, der inddrager psykologiske, kulturelle og sociale aspekter i relationer. Dette kunne være metoder til at forstå det andet menneske og til at forstå, hvilke betingelser dette menneske behøver for være autonomt. Problemet er, at der kan sættes spørgsmålstejn ved undervisningssystemets egnethed til at lære mig de egenskaber, der skal til for at værne om mine patienters autonomi. Antropologen Jean Lave (Lave 1997) ville påpege, at jeg også kunne lære det eller måske kun kunne lære det, jeg havde brug for i praksis, ved den ikke-skolatiske læring: Det jeg lærer uden for skolesystemet i mit dagligliv. Lave viser, at konteksten ikke bare er vigtig, men helt afgørende for den enkeltes kompetencer og læring. For eksempel kan en person være god til at handle og regne i den praktiske verden, men være næsten talblind når samme person regner skolematematik. Denne erkendelse er særlig vigtig i det sundhedsvidenskabelige felt, idet feltet netop er kendetegnet ved kompleksitet og praktiske færdigheder. Trods dette er sundhedsvidenskaben traditionelt blevet betragtet alene som en teoretisk naturvidenskabelig disciplin, der kan læres på en lægeskole. Laves tankegang medfører, at også mit dagligliv har betydning for selve det at lære. Det at betale regninger, købe ind, forelske sig og omgås venner, familie og andre mennesker skaber det rum, hvor jeg lærer de færdigheder, der skal til, for at jeg kan respektere mine patienters autonomi. Jeg opbygger en praktisk viden eller praktisk visdom (Gormsen 2003: 175-180).

Den amerikanske filosof Martha Nussbaum behandler begrebet praktisk visdom i artiklen *Non-relative Virtues: An Aristotelian approach* (Nussbaum 1997) som netop den dyd, der er udsprunget af den almenmenneskelige erfaring, det at vi lever og leder vores liv (Nussbaum 1997: 246). De almenmenneskelige erfaringer

bliver på denne måde til dyder, der kan guide os til at finde det gode liv og til at gøre det gode for den anden. Dette betyder, at hvis jeg står over for et menneske, der f.eks. frygter, bør jeg, ifølge dydstankegangen, hjælpe det til at finde mod. Hvordan jeg gør det, er ikke udtrykt ved principper og retningslinjer, men ved at jeg bruger dyden 'praktisk visdom' (Nussbaum 1997: 246). Denne tankegang medfører, at når jeg skal respektere et andet menneskes autonomi, har jeg ingen anden mulighed end at bruge min praktiske visdom. Den praktiske visdom bliver ligeledes opbygget og forstærket gennem min forskningspraksis. De praktiske ting, der er forbundet med at udføre forskning, f.eks. at tale med sygeplejersker og interagere med patienterne, er også et rum, hvor jeg lærer. Jeg kan derfor ikke lære at respektere mine patienter ved kun at sidde på skolebænken. Mit privatliv og min forskningspraksis er også betydende. Kun derved kan jeg indarbejde følsomhed over for de omstændigheder, menneskelivet består af og dets valg i al deres mangfoldighed i autonomibegrebet.

Jeg skal således leve og lede mit liv med alle dets gøremål ved siden af skolen for at kvalificere mig som forsker. Jeg skal selv være et selvdannende menneske, hvis jeg i mødet med patienterne skal levere mulighederne for, at de kan blive/være selvdannende mennesker. Hvis man tager dagliglivets og den praktiske visdoms betydning for forskningen alvorligt på et samfundsmæssigt plan, hvilket mildest talt er alternative tanker i lægeverdenen, må vi som samfund og system (universiteter og hospitaler) sikre os, at forskerne rummer de dyder, der gør dem i stand til at behandle patienterne som selvdannende personer. Der burde derfor sættes fokus på de egenskaber og dyder, der produceres i forbindelse med socialiseringen og uddannelsen af læger og forskere i dag. Dette kunne bedre mulighederne for at udvikle den praktiske visdom. Endvidere burde en vurdering af mit forskningsprojekt i videnskabsetisk komité også indeholde en vurdering af min evne til at opretholde eller give mine patienter selvdannelse. En vurdering af mine dyder, især dyden praktisk visdom, ville således være nødvendig. Selve vurderingen er selvfølgelig problematisk. Skulle videnskabsetisk komité bede mig skriftligt gøre rede for mine dyder, eller skulle de kunne indkalde mig som forsker til en samtale eller en demonstration af mine evner og dyder? Det problematiske ville være, hvem der er kompetente eller dydige nok til at vurdere andres dyder? Læger? Andre professionelle, f.eks. antropologer, psykologer, teologer eller filosoffer? Politikere? Eller lægfolk? Og når forskeren så stod foran "dydighedspanelet", hvordan skulle man undgå, at en charmerende psykopat af en læge eller en lille ufarlig medicinstuderende ikke slap uretmæssigt igennem? Trods de her skitserede problemer er det tvingende nødvendigt at

inddrage de involverede parter (læger og forskere) evner og dyder i vurderingen af forskningsprojekter, idet de betydende elementer i den sundhedsvidenskabelige praksis ellers ikke berøres.

Afslutning

Min konklusion er, at autonomibegrebet 'selvbestemmelse', der ligger bag det informerede samtykke, er for snævert. Baggrunden for dette er, at denne autonomiopfattelse forudsætter en ukompliceret praksis, der ikke findes. Den sundhedsvidenskabelige forskningspraksis er netop kendetegnet ved kompleksitet. Jeg foreslår derfor, at man ændrer autonomibegrebet fra 'selvbestemmelse' til 'selvdannelse' i det informerede samtykke, idet selvdannelsen i udvidet betydning har mulighed for at rumme den komplekse praksis, vi som sundhedspersonale og forskere bevæger os i. Ændringen af forståelsen af praksis og autonomi skal ikke bare foregå inden for den psykiatriske forskning, men også inden for anden sundhedsvidenskabelig forskning. Konsekvensen bliver, at man må stille nye krav til uddannelsen og vurderingen af læger og i særdeleshed forskere.

Noter

1. Kilde: Den videnskabetiske Komité for Århus Amt.
2. Artikel 9: The doctor should obtain the subject's freely given informed consent...
3. Artikel 10: When obtaining informed consent for the research project the doctor should be particularly cautious if the subject is in a dependent relationship to him or her or may consent under duress.
4. Artikel 11: In the case of legal incompetence informed consent should be obtained from the legal guardian in accordance with national legislation. When the physical or mental incapacity makes it impossible to obtain informed consent, or when the subject is a minor, permission from the responsible relative replaces that of the subject in accordance with national legislation.

Litteratur

- Beauchamp, Tom L. & James F. Childress 1994 *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Gormsen, Lise 2003 "Doktor hvordan skal jeg leve mit liv?" – Medicinen og det meningsfulde liv. I: Eriksen, C. (red.): *Det meningsfulde liv*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Gormsen, Lise & Anette R Ribe; Peter Raun; Raben Rosenberg; Poul Videbech; Peter Vestergaard; Flemming W. Bach; Troels S. Jensen 2004 Pain thresholds during and after treatment of severe depression with electroconvulsive therapy. *European Journal of Pain* 8: 487-493.

- Jensen, Uffe J. 1994 *Sygdomsbegreber i praksis : det kliniske arbejdes filosofi og videnskabsteori*. København: Munksgaard.
- Jensen, Uffe J. & Peter F. Andersen 1995 *Sundhedsbegreber – filosofi og praksis*. Århus: Philosophia.
- Jørgensen, Henrik 1997 *Autonomi og bio-etik*. Århus: Aarhus Universitet.
- Lave, Jean 1997 *Cognition in practice: Mind, mathematics and culture in everyday life*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nussbaum, Martha 1997 Non-relative Virtues: An Aristotelian Approach. I: Nussbaum, Martha & Sen, A. (red.): *The Quality of Life*. Oxford: Clarendon Press.
- Rose, Nikolas 1998 *Inventing Ourselves: Psychology, Power and Personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Scocozza, Lone 1994 *Forskning for livet: den medicinske forskningsetiks forudsætninger og praktikker: en sociologisk analyse*. København: Akademisk forlag.
- Taylor, Charles 1997 *The Ethics of Authenticity*. Cambridge MA: Harvard University Press.