

# ETT ETISKT PROBLEM MED FLERA BOTTNAR

**Att kandidater är närvarande vid läkarsamtal är sedan århundraden en av utbildningens grundbultar. Närvaron reser dock en rad etiska problem, nära sammanhängande med intresset för patientautonomi.**

**Viktiga delar att ta hänsyn till är bl a urval av patient och att patienten får en reell chans att ge samtycke. Men även kandidatens och läkarens/lärarens roll och upplevelser måste beaktas.**

Patienter medverkar av tradition i undervisningssjukhusens kandidatutbildning. Här finns konflikter mellan patientintresse, sjukvårdsintresse och utbildningsintresse. Problemen berör många personer, lösningarna påverkas av människosyn och värderingar och in-

nebär att många faktorer vägs samman. De är således etiska till sin natur och hör till en etikgrupps arbetsområde.

Frågeställningen kring problemet är utvecklad enligt en modell med etiska huvudprinciper och intressenter, som redovisats av Statens medicinsk-etiska råd 1992 [1].

Intressenterna är många, men kan knytas till fyra huvudagerande: patienten, kandidaten och läkaren som sjukvårdare respektive som lärare. Sjukvårds- och undervisningssituationen går ej att skilja åt. Lagar och etiska regler inom respektive område bör därför gälla.

## Patienten

**Inte skada, göra gott.** Huvudintresset god vård förutsätter god kommunikation. Denna kan riskeras med tredje person närvarande. Kvaliteten kan sjunka och enstaka patienter skadas, t ex om viktig information om våld inte kommer fram. Att få göra gott genom att bidra till utbildningen kan också vara ett värde.

**Autonomi.** Ställningstagandet är för patienten en svår avvägning mellan egenintresse och utbildningens behov, dessutom gäller det en beroendeställning. Autonomi främjas av god information och betänketid. Integriteten berörs bl a av hur läkaren ställer eller inte ställer sina frågor och att personliga och känsliga informationer sprids till tredje person (sekretessfråga).

**Rättvisa.** Läkaren tar en rad hänsyn vid valet av patient, men »hänsynsfullheten» kan dölja sociala orättvisor. Att läkare och läkarkandidater undantas ses ofta som naturligt. Det är intressant att fundera på hur man själv som läkare och psykiatrisk patient skulle uppleva ett önskemål från behandlande läkare att en kandidat skulle få närvara. Vidare blir nackdelarna av kandidatnärvaron sannolikt större för i olika avseenden »svaga» patienter.

## Kandidaten

**Inte skada, göra gott.** Kandidatens huvudintresse torde vara god utbildning, och deltagandet är lärorienterat instrumentellt och emotionellt samt ger realitetskänsla. Det är en modellinläring

som kan ge den blivande läkaren värdefulla minnen för livet vad gäller både patientbilder och sättet att handlägga dem. Det kan få betydelse för rekrytering till psykiateryrket. Utan genomtänkt urval av lärare efter personlig lämplighet och kunnighet i läkare-patientkommunikation kommer kvaliteten dock att variera även i fortsättningen.

**Autonomi.** Övergrepp mot patientens integritet och autonomi kan vara pinsamt att bevittna.

## Läkaren som sjukvårdare

**Inte skada, göra gott.** Tanken att konsultationen inte blir fullgod och t o m kan skada patienten kan vara tung för läkaren. Kandidatnärvaro kan vara stimulerande men också öka en redan stor arbetsbörda.

**Autonomi.** Läkaren är naturligt nog begränsad i sin självständighet genom att under konsultationen ta hänsyn till både patient och kandidat.

## Läkaren som lärare

Att arbeta på universitetssjukhus är en förmån vad gäller egen kunskapsutveckling. En del läkare har dock genom omorganisation knutits till sådana sjukhus utan eget intresse för undervisning.

**Inte skada, göra gott.** Att ge bästa möjliga undervisning är att göra gott. Läraren stimuleras, bidrar till bättre sjukvård och når därigenom indirekt fler patienter. Skador kan ske om man lär ut fel saker.

**Autonomi.** Läkarens självständighet kan öka genom väl genomförd utbildning, men den praktiska belastningen kan medföra restriktioner.

## Praktiska förslag

Att kandidaten möter olika läkare kan ge en mer allsidig belysning av konsultationsproblemen. Detta måste vägas mot andra hänsyn, framför allt vad gäller patientens autonomi. En grundfråga är om psykiatererna bejakar eller beklagar utvecklingen mot ökad patientsjälvständighet på detta område. De praktiska besluten bör tas från fall till fall, men vissa riktlinjer kan ändå ges.

Kandidatnärvaro bör principiellt kunna förekomma vid de flesta besök, men ej vid systematisk psykoterapi, dvs

## Författare

JAN BESKOW  
professor

ANNA JANSSON  
filosofie licentiat

PIA DAHLÖF  
leg läkare, leg psykolog

KIRSTEN FROM  
överläkare

CLAES LIND  
leg psykolog

CHARLOTTE LINDELL  
chefkurator

ANNIKA STRÖM-LOSSING  
personalintendent

MAI WINTER  
bitr avdelningsföreståndare; samtliga utom Anna Jansson är eller har varit anställda vid Området för psykiatri, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg, samt är eller har varit medlemmar av dess etikgrupp. Anna Jansson är knuten till institutionen för religionsvetenskap vid Göteborgs universitet och har i gruppen fungerat som sakkunnig i etikfrågor.

planerad psykoterapi under flera besök. Samtalet är en så integrerad del av behandlingen att varje störning utifrån måste påverka denna. Kandidaterna bör lära sig att respektera detta.

Särskild försiktighet är rimlig vid jourbesök, vid förstagsbesök samt då strukturerad samtalsterapi ges som en del i ett mer ordinärt läkarbesök. Möjligheten att patienten får träffa läkaren ensam under en del av samtalet bör utnyttjas.

### Informerat samtycke

Det finns en risk att inställningen hos den som ställer frågan påverkar beslutet, ibland på gränsen till manipulation. Situationen bör utformas så att patienten känner att hon är väl informerad och har reell möjlighet att säga nej utan att detta påverkar relationen till läkaren. Uttryck av typen »Det är rutin här» bör inte användas.

Om möjligt bör patienten redan vid ett tidigare besök informeras om att detta är ett undervisningssjukhus och att det är värdefullt för utbildningen och därmed för kommande patienter om kandidaterna får närvara vid besöken. Under samtalet bör patienten få ta ställning till eventuell kandidatnärvaro i framtiden. Eventuellt kan man återkomma till saken vid senare besök. Patienter har dessutom alltid rätt att ändra sig före det aktuella mötet.

Tydlig information skall ges om att patientens ställningstagande inte alls påverkar behandlingen i övrigt samt att kandidaten har tystnadsplikt. Ett problem är relativt långa besöksintervall, ibland upp till tolv månader. De veckor som undervisningen skall äga rum måste fastställas i god tid för att patienterna skall kunna informeras. Att någon annan än läkaren lämnar informationen understryker patientens autonomi.

Skriftlig information kan vara av värde. Den bör utformas generellt och finnas i mottagningsrum på bord eller som affischer. Informationen bör presentera utbildningssjukhuset i allmänna termer, kompletterat med önskan om patientens medverkan samt motiv och regler för denna. Eventuellt kan den även innehålla lokal information om mottagningen, patientansvarig läkare etc.

En kort skriftlig – eventuellt hemsänd – information med skriftligt svar tillfredsställer behovet av autonomi och gör det lätt att säga nej. Informationen kan dock bli väl knapphändig, så att nytan av kandidaternas närvaro inte kommer fram tillräckligt tydligt.

### Pedagogisk utformning

Tysta kandidater i bakgrunden kan vara mer hotfullt än att patienten berättar för kandidaterna och läkaren till-

sammans hur hon upplever sjukdom och behandling. Kandidaten kan träffa patienten ensam en stund före konsultationen. Denne blir då subjekt, som delar med sig. Detta breddar kandidaternas upplevelse utöver vad som händer under vanliga konsultationer. Å andra sidan ger det ingen tydlig bild av hur det brukar gå till. Det tar dessutom något längre tid.

Teamdeltagande, fallgenomgångar, samtal med olika teammedlemmar om arbetsuppläggning och kliniska exempel på tu man hand med läkaren kan med god planering också ge värdefull utbildning. Inom psykologutbildningen använder man sig av videobandade patientsessioner samt handledning på egna patienter. Detta förekommer även inom medicinska fakulteten men kan utvecklas mer.

### Öppna samtal om läkare-patientrelationer

Margareta Andrae [2] har konstaterat att läkarens arbete är att på basen av goda kunskaper analysera medicinska problem. För att få de nödvändiga uppgifterna krävs en god relation till patienten [3, 4]. För detta får läkarna en mycket undermålig utbildning, och de är således »experter med bristande utbildning».

Läkare med brister i empati, självinsikt och kunskaper om läkare-patientrelationer utgör ett speciellt etiskt problem, eftersom de riskerar att sära sina patienter.

På ett universitetssjukhus borde det vara självklart att öppet kunna diskutera problem kring läkare-patientrelationer. Utbildning i alternativa inlärnings-situationer samt mentorskap kan bidra till att lösa problemen.

### Slutord

Att försöka förstå och analysera etiska problem är både givande och lustfyllt. Vi hoppas att denna artikel skall ge den enskilde läkaren idéer för sitt ställningstagande principiellt och i enskilda fall, men också impulser till vidare diskussioner kring etiska problem i sitt arbete.

### Referenser

1. Statens medicinsk-etiska råd. Etiska vägmarken 1. Stockholm: Fritzes, 1992.
2. Andrae M. För deras ångest är ju också min. Svårigheter, motstridiga känslor och strategier hos läkare i cancervården. Lund: Studentlitteratur, 1996.
3. Holm U. Det räcker inte att vara snäll. Förhållningssätt, empati och psykologiska strategier hos läkare och andra professionella hjälpare. Stockholm: Natur och Kultur, 1995.
4. Malterud K. Allmennpraktikerens möte med kvinnliga pasienter. Allmennpraktikerserien. Bergen: Institutt for allmennmedisin, Tano, 1990.

## Nya fall av aids minskar i Frankrike

Den franska Bulletin épidémiologique hebdomadaire rapporterar (No 11/97) en drastisk nedgång i antalet nya fall av aids i Frankrike under andra halvåret 1996. Minskningen som är drygt 20 procent från 2 414 till 1 904 fall per halvår har analyserats mer i detalj och man drar den slutsatsen att det är de nya behandlingsregimerna som medfört att sjukdomsutvecklingen fördröjts hos HIV-positiva individer. Alternativa förklaringar som omdefiniering av aids, minskat antal HIV-positiva under 1980-talet eller försämrade inrapportering av nya fall anses inte kunna förklara nedgången. Den glädjande snabba nedgången förväntas fortsätta i takt med att fler patienter omfattas av de nya anti-retrovirala behandlingsstrategierna.

## Hepatit A i djupfrysta jordgubbar

I Michigan, USA, har 153 personer, skolpersonal och elever i fyra olika skolor, insjuknat i hepatit A efter att ha ätit jordgubbar som varit djupfrysta. Jordgubbarna, som plockats i Mexiko, hade frysts och förpackats av en firma i Kalifornien under april-maj 1996 och konsumerats i början av maj 1997. Samma firma har levererat jordgubbar och andra produkter till en mängd stater i USA men några ytterligare sjukdomsfall har inte rapporterats från andra håll.

## Meningokockepidemin i Västafrika

WHO rapporterar att ca 25 000 fall av meningokockmeningit nu har anmäls i den pågående epidemin i Västafrika. Nästan 3 000 personer har avlidit i epidemin som grasserar i delar av Burkina Faso och Ghana men också berör Benin, Gambia, Mali, Niger och Togo.

*Epidemiologiska enheten,  
Smittskyddsinstitutet*