

Stefan Bremberg, allmänläkare, Citykliniken Landskrona (vid studiens genomförande Läkargrupp Söder, Helsingborg) och enheten för medicinsk etik, Lunds universitet (stefan.bremberg@telia.com)

Tore Nilstun, docent, enheten för medicinsk etik, Lunds universitet

Allmänläkare utfrågade om etik

Vad gör du med den »ovillige« patienten? Och med den som kräver onödig terapi?

II Läkaren har av tradition betonat den medicinska nyttan för patienterna [1, 2]. Under de senaste årtiondena har emellertid patientens rätt till självbestämmande kommit alltmer i fokus [3, 4]. Skyldigheten att främja medicinsk nytta och att samtidigt respektera patientens rättigheter ger ibland upphov till etiska konflikter i patient-läkarrelationen. Å ena sidan kräver autonomiprincipen att läkaren respekterar patientens rätt till självbestämmande, en rätt som dock ibland kan vara ett hinder för att lindra eller förebygga patientens lidande. Å andra sidan kräver nyttoprincipen att läkaren handlar i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, men han vill samtidigt inte bli anklagad för »storebrorsfasoner«.

Även inom allmänmedicinen uppkommer sådana konflikter [5-7]. Patienter kan vara missnöjda och klaga för att de blivit otillräckligt informerade, likgiltigt bemötta eller till och med förolämpade [8-10]. Litteraturen är begränsad, men en studie som rör etiskt beslutsfattande i allmänmedicin har genomförts i Kanada, England, USA och Wales [11-14]. Resultaten tyder på att läkarna påverkades av flera olika faktorer i den kliniska situationen, men sambandet mellan dessa faktorer kunde inte förklaras.

Hur handlar allmänläkaren?

Föreliggande artikel fokuserar på möjliga spänningar mellan skyldigheten att respektera patientens rätt till självbestämmande och skyldigheten att främja medicinsk nytta. Vi ville studera hur svenska allmänläkare handlar och resonerar i två olika situationer, nämligen

- när patienten är ovillig till en medicinskt motiverad åtgärd,
- när patienten kräver en åtgärd som inte är medicinskt motiverad.

Enkät och intervjuer

Fyra grupper av allmänläkare i Sverige valdes ut med avseende på kön och ålder (födda 1931-1945 respektive 1951-1965). I varje grupp gjordes (från Läkemedelsstatistik AB) ett slumpmässigt urval av 30 läkare.

Våren 1996 skickades ett frågeformulär med två vinjetter, en för vardera situation (Vinjett 1 och 2), samt ett introduktionsbrev till de 120 allmänläkarna. En påminnelse skickades

SAMMANFATTAT

När patientens rätt till självbestämmande ställs mot läkarens skyldighet att främja medicinsk nytta kan allmänläkaren ställas inför etiska konflikter.

120 svenska allmänläkare tillfrågades och besvarade en enkät (n=82); drygt hälften intervjuades (n=47).

Inför en patient som är ovillig till en medicinskt motiverad behandling svarade en majoritet att de inte skulle acceptera patientens avvisande inställning.

Inför en patient som kräver en åtgärd som inte bedöms medicinskt motiverad svarade en majoritet att de inte skulle acceptera patientens krav.

En kontraktsmodell av patient-läkarrelationen bör komplettera etiska riktlinjer i allmänläkarens vardagspraxis.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

tre veckor senare till dem som inte svarat. Åttiotvå av 120 frågeformulär besvarades (68 procent). Yngre och äldre har svarat i samma omfattning (41/60). Däremot har något färre män än kvinnor besvarat enkäten (36/60 respektive 46/60). Allmänläkarna ombads ange om de skulle respektera en patients ovilja till fortsatt kontakt, respektive acceptera patientens begäran om en viss undersökning.

Läkarna tillfrågades också om de kunde tänka sig att delta i en kommande intervju. Fyrtionio av de 82 svarade jakande på detta, och under vintern 1996-1997 genomfördes 47 telefonintervjuer. Vad gäller respondenternas ålder och kön finns inga skillnader i jämförelse med dem som besvarat enkäten. Intervjuerna bandades och skrevs ut av en av författarna (Ste-

II Vinjett 1

Man, 55 år. Rökare. Arbetar som economichef på ett företag. Vid en hälsokontroll konstaterades en hypertoni (190/105 mm Hg). Blodtryckskontroller på företagshälsovården har visat diastoliskt tryck 100–105 mm Hg.

Patienten har remitterats till din mottagning och kallats till två besök, som han båda lämnat återbud till. Han har uppgett tidsbrist som orsak. Du har sökt honom på telefon och bett hans sekreterare att han skall ringa dig. Han har inte hört av sig.

Skulle du som doktor fortsätta att kalla patienten eller på annat sätt försöka få kontakt med honom?

Ja Nej Tveksam

II Vinjett 2

Kvinna, 23 år. Gympar regelbundet. För en månad sedan undersökt på grund av ryggont. Ingen fokalneurologi. Remitterad till sjukgymnast under diagnosen rygginsufficiens.

Patienten ringer och vill ha remiss för magnetröntgen. Vid ny och noggrann undersökning finner du oförändrat status jämfört med tidigare, men det finns en diskret sensibiliteitsnedsättning lateralt höger fot. Patienten insisterar på magnetröntgen, men du anser inte denna medicinskt motiverad.

Skulle du som doktor skriva remiss för magnetröntgen av ryggen?

Ja Nej Tveksam

fan Bremberg). En teknik med öppna frågor användes, och de två vinjetterna togs som utgångspunkt. Allmänläkarna påmindes om situationerna med den ovillige respektive den krävande patienten och ombads sedan att ge egna exempel på liknande situationer. De fick kommentera och berätta fritt om deras sätt att handskas med och resonera i sådana situationer. Varje intervju tog omkring 35 minuter.

Den ovillige patienten

Två av tre allmänläkare besvarade den första vinjettfrågan i enkäten med »ja«, dvs de skulle, trots patientens tydliga ovillighet, fortsätta att kontakta honom för att ge en ny tid eller få mer kunskap om orsaken till hans ovilja. Det tycks, trots det begränsade materialet, vara möjligt att identifiera ett visst mönster med avseende på läkarnas ålder och kön. Äldre allmänläkare svarade »ja« oftare än yngre (68 procent jämfört med 56 procent), medan kvinnliga allmänläkare jämfört med manliga var de som något oftare svarade »nej« (30 procent jämfört med 22 procent).

I mötet med en patient som är ovillig att genomgå en medicinskt motiverad undersökning eller behandling kunde två olika reaktionsmönster identifieras i intervjuerna: en grupp framhöll betydelsen av att främja patientens hälsa, den andra gruppen poängterade patientens rätt till självbestämmande.

Läkarens skyldighet att främja hälsa

I intervjuerna svarade en grupp allmänläkare att deras främsta uppgift är att främja patientens hälsa, och flera framhöll att detta är »inbyggt i läkarrollen«. Allmänläkaren skall sträva efter att göra det bästa för patienten. Det är viktigt att förebygga, eller åtminstone lindra, komplikationer till sjukdomar. Om allmänläkaren finner att en åtgärd är nödvändig för att främja hälsa bör han kämpa för det, även om patienten är ovillig eller rent av avvisande.

Några få svarande sa att de ser sig själva som experten och förväntar sig att patienten skall följa deras rekommendationer.

Ibland handlar det om att försöka övertyga sin patient att acceptera en åtgärd. Detta poängterades särskilt när det gäller maligniteter och svåra kroniska sjukdomar. Många allmänläkare betonade nödvändigheten av att patienten får den information han behöver för att fatta ett välöversvägt beslut. Patientens ålder är också en betydelsefull faktor. En yngre, icke

pensionerad patient föranledde de flesta allmänläkarna att agera mer aktivt.

Några svarande gav exempel på situationer där barn och ungdomar för illa och framhöll sin skyldighet att ta tillvara de minderårigas intressen, ibland även göra anmälan till socialnämnd. Patienten kan också till följd av sjukdom (t ex narkotika-/alkoholmissbruk eller psykisk sjukdom) ha en nedsatt förmåga att fatta välgrundade beslut. Sådana omständigheter ökade läkarens strävan att främja patientens hälsa.

Respekt för patientens självbestämmande

Vid intervjuerna poängterades skyldigheten att respektera patientens rätt till självbestämmande. Patienten är ytterst ansvarig för sin hälsa, ett ansvar som flera svarande menade att dagens hälso- och sjukvård tenderar att ta över. Det finns också en skyldighet att inte kränka patienten. Invandrare och flyktingar, som ofta har en annan syn på hälsa och sjukdom, är särskilt utsatta i detta avseende.

En patient som tydligt negligerar sin hälsa gjorde allmänläkaren mindre benägen att vidta ytterligare åtgärder. Några svarande sa att de var mindre motiverade att engagera sig i patientens hälsa om undersökningen eller behandlingen är av begränsad nytta, eller om den, oavsett nyttan, kan riskera att skada patienten. Patientens ålder spelar också roll. En av de svarande berättade om en 60-årig kvinna med kronisk hjärtsvikt som vägrade behandling. »Hon dog, och jag kommer ihåg att jag kände att det var rätt. Patienten har rätt att säga nej.«

Den krävande patienten

Två av tre besvarade den andra vinjetten i enkäten med »nej«, dvs de skulle inte acceptera patientens krav på en viss undersökning. I detta fall var osäkerheten större än i det förra fallet (17–30 procent jämfört med 9–14 procent), och kvinnliga allmänläkare jämfört med manliga var den grupp som oftast svarade »tveksam« (30 procent jämfört med 17 procent).

Yngre kolleger var något mer negativa till att acceptera patientens krav än äldre kolleger (76 procent jämfört med 54 procent).

Inför en patient som kräver en åtgärd gav svaren en mer nyanserad bild av allmänläkarnas ställningstagande. De olika motiv som kom fram vid intervjuerna presenteras under de

fyra rubrikerna: medicinsk nytta, ängslig patient, defensiv läkare samt rättvisa.

Medicinsk nytta. En majoritet av läkarna svarade att de inför en patient som kräver en medicinskt tvivelaktig åtgärd upplevde problem, speciellt om kliniska tecken saknades eller var vaga. En allmänläkare sa: »Jag är väl medveten om att jag har svårt att säga nej till en patient. Om du gör det så utsätter du dig för patientens ilska.«

Några allmänläkare sa att de hänvisar till riktlinjer när de måste förklara och diskutera med en sådan patient. Det finns en risk att göra mer skada än nytta, eller, som en allmänläkare sa: »Att acceptera patientens hårdnackade begäran är en underlåtenhet i läkekonsten. Risken finns att patienten hålls kvar i sin somatisering.«

Några sa att det är lättare att säga nej om man har en etablerad relation och känner patienten väl.

Den ängslige patienten. Den orolige eller rädde patienten ökar allmänläkarens strävan att tillgodose patientens begäran. Några pekade på risken för att en sådan patient börjar »doktorshoppa« om läkaren säger nej. En allmänläkare gav ett exempel: »En patient som undersökts två gånger för diffus muskelvärk bad om antibiotika (erytromycin), som hon var övertygad om skulle lindra hennes symtom. Hon fick ett recept.«

Olika synsätt på vad som är friskt och sjukt kan skapa problem. En läkare berättade om en manlig invandrare från Turkiet. Patienten hade diabetes, men uppfattade inte sin diabetes som en sjukdom: »När jag kom till Sverige sa doktorn att jag var sjuk, men jag var frisk. Tidigare älskade jag min fru, men nu grälar vi bara om vad blodsockersticken visar.«

Den defensiva läkaren. I vissa situationer kan allmänläkarens egen oro komma i fokus. Några svarande pekade på rädslan att missa en diagnos eller att bli anmäld till ansvarsnämnden. En allmänläkare, som hade blivit anmäld två gånger, framhöll att »det beror på hur många gånger du har blivit anmäld«. Några sa att läkaren inte har rätt att neka patienten den medicin eller den undersökning han eller hon kräver.

Det händer också att anhöriga försöker manipulera eller styra läkaren: »En 95-årig kvinna boende på ett ålderdomshem hade sagt att hon ville dö där. Hon fick lunginflammation och jag ville behandla henne utan att skicka henne till sjukhus. Men hennes dotter, en pensionerad sjuksköterska, protesterade. Jag kunde se kvällstidningsrubrikerna.«

Allmänläkaren gav upp, och några dagar senare dog kvinnan på sjukhuset.

Privatpraktiserande allmänläkare betonade respekten för patientens självbestämmande, om inte av något annat skäl så för att behålla patienten. »En patient som inte gillar mig kommer inte tillbaka.«

Rättvisa. I en offentligt finansierad sjukvård har allmänläkaren ansvar inte bara för en enskild krävande patient, utan också för andra, presumtiva, patienter. De svarande såg sig ofta som grindvakt, och flera beskrev en skyldighet att bidra till en rättvis fördelning av medicinska nyttigheter. Rollen som grindvakt är ibland svår. »Välinformerade patienter kommer (oberoende av behov) oftast att få det de vill, särskilt om det gäller nya och effektiva läkemedel.«

Nästän samtliga svarande betonade skyldigheten att särskilt värna utsatta patientgrupper (t ex barn, kroniskt sjuka, missbrukare och dementa).

Ideal kontra verklighet

Under intervjun ombads allmänläkarna att ange både hur de borde agera och hur de skulle agera när patientens rätt till

självbestämmande kom i konflikt med läkarens skyldighet att främja medicinsk nytta.

I en situation där patienten är ovillig att acceptera en medicinskt motiverad undersökning eller behandling svarade flertalet av läkarna att patientens rätt till självbestämmande skulle ses som den överordnade principen (37/47). Trots detta svarade en majoritet att de skulle fortsätta att kontakta denne ovillige patient (29/47). Hela 22 personer betonade rätten till självbestämmande som överordnad princip, samtidigt som de skulle fortsätta att kontakta den ovillige patienten.

I en situation där patienten kräver en medicinskt tvivelaktig åtgärd föreligger inga större skillnader mellan ideal och verklighet. De flesta allmänläkarna svarade att nyttoprincipen skulle ses som den överordnade principen (33/47). En majoritet sa också att de inte skulle acceptera patientens krav (33/47). Endast fyra personer skulle skriva remissen trots att de betonat medicinsk nytta som överordnad.

Ett kontraktsideal

Inför vardagliga etiska konflikter görs olika överväganden, och resultaten blir ofta kompromisser. I detta sammanhang är etiska riktlinjer alltför kategoriska. Att sätta medicinsk nytta före patientens rätt till självbestämmande kan vara ett uttryck både för solidaritet och för en överbeskyddande (storebrorsaktig) attityd. Att sätta patientens rätt till självbestämmande före medicinsk nytta kan, på motsvarande sätt, vara ett uttryck för respekt för patienten, men också uttrycka en likgiltighet inför patientens behov.

William F Mays kontraktsideal [15], där ömsesidigheten betonas, bör lyftas fram som en modell för relationen mellan patient och läkare. Ett kontrakt, till skillnad från yrkesetiska regler, har sina rötter i specifika historiska händelser. Mötet läkare–patient innebär att ett tyst löfte givits. Detta ställer krav på ärlighet, inte bara från läkarens sida utan också från patientens. På motsvarande sätt betonar Hippokrates (ca 400 f Kr) att ett sådant löftesförhållande råder mellan handledare och elev. Kontraktsetiken är i detta avseende ömsesidig.

May menar alltså att det inte bara är den individuella läkaren som har ett ansvar inför sin patient; patienten har också vissa skyldigheter gentemot läkaren. I en offentligt finansierad sjukvård måste båda också respektera andra patienters behov. Därigenom blir det möjligt att sätta gränser för läkarens professionella ansvarstagande.

*

Studien har genomförts med ekonomiskt stöd från Thorsten Birger Segerfalks Fond för medicinsk forskning. Originalartikeln, Bromberg och Nilstun »Patient's autonomy and medical benefit: ethical reasoning among GPs«, är publicerad i *Family Practice* 2000;17:124-8.

Referenser

1. Johansson K. Medicinens öga. Stockholm: Norstedts; 1990.
2. Childress JF. WHO shall decide? Paternalism in health care. New York: Oxford University Press; 1982.
3. Rynning E. Samtycke till medicinsk vård och behandling. En rättsvetenskaplig studie [dissertation]. Uppsala: Iustus förlag; 1994 (with a summary in English).
4. Giesen D. International Medical Malpractice Law. A comparative law study of civil liability arising from medical care. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers; 1988.
5. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The consultation: an approach to learning and teaching. Oxford: Oxford University Press; 1984.
6. Brody H. The healers' power. New Haven and London: Yale University Press; 1992.
7. Christie RJ, Hoffmaster CB. Ethical issues in family medicine. New York: Oxford University Press; 1986.

8. Lindberg B. Antalet anmälningar mot läkare ökar kraftigt. Stödet till anmälda måste bli bättre. *Läkartidningen* 1995;92:1818-24.
9. Carlsson B, Isaksson Å. Hälsa, kommunikativt handlande och konfliktlösning. En studie av patientens ställning och av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd [dissertation]. Lund: Bokbox Förlag; 1989 (with a summary in English).
10. Lindberg BS, Killander A, Wedenberg K. Besvikelse, ilska, bitterhet, sorg, hat... Mycket starka känslor bakom anmälan till HSN. *Läkartidningen* 1996;93:4173-6.
11. Christie RJ, Hoffmaster CB, Stewart MA. Ethical decision making by Canadian family physicians. *Can Med Assoc J* 1987;137:891-7.
12. Christie RJ, Freer C, Hoffmaster CB, Stewart MA. Ethical decision making by British general practitioners. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1989;39:448-51.
13. Hoffmaster CB, Stewart MA, Christie RJ. Ethical decision making by family doctors in Canada, Britain and the United States. *Soc Sci Med* 1991;33:647-53.
14. Hoffmaster CB, Stewart MA, Christie RJ. A survey method for investigating ethical decision making in family practice. *Fam Med* 1992;24:433-8.
15. May WF. Code, covenant, contract, or philanthropy. *Hastings Cent Rep* 1975;5:29-38.

SUMMARY

General practitioners in survey on ethical conflicts

Stefan Bremberg, Tore Nilstun

Läkartidningen 2002;99:21-4

Conflicts between the patient's right to make his own decisions and the physician's obligation to promote health may cause ethical problems in general practice. A questionnaire was sent to 120 Swedish general practitioners; 82 responded, 47 of whom were later interviewed. Faced with a patient reluctant to consent to a medically well founded intervention a majority of the GPs said that they would try to persuade the patient, while they would not agree to medically unjustifiable treatment to patients demanding this. Nor only ethical guidelines, but also a situational ideal of covenant in the patient-physician relationship is desirable in the GP's everyday practice.

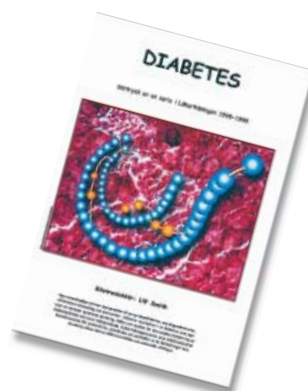
Correspondence: Stefan Bremberg, Bondegatan 32, SE-256 54 Ramlösa, Sweden (stefan.bremberg@telia.com).

Särtryck

Läkartidningen

Nya vetenskapliga rön har lagt grunden till en ny klassifikation, nya diagnoskriterier, effektivare behandling och prevention – inklusive vaccination – av diabetes, som uppvisar en närmast epidemisk spridning. Målen och medlen för den snabba förbättringen av diabetesvården som nu är möjlig belyses i *Läkartidningens* serie, som också analyserar konsekvenserna för patienterna, sjukvården och samhället av de förändringar som Socialstyrelsen hösten 1999 fastställde som nationella riktlinjer.

Priset är 85 kronor.



Diabetes

Beställer härmed.....ex
av "Diabetes"

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

**Insändes till Läkartidningen
Box 5603
114 86 Stockholm**

Faxnummer: 08-20 74 35

**www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker**