

En etisk diskussion måste ständigt föras i vardagsarbetet

Alla läkare skall arbeta i enlighet med kårens etiska riktlinjer. Professionens oberoende i etiska frågor skall värnas. Det är två av de mål eller »visioner« som Läkarförbundet har satt upp för sitt arbete. Hur skall förbundet gå till väga för att förverkliga visionerna? Det är en fråga som förbundets råd för etik- och ansvarsfrågor (EAR) har ansvar för som inspiratör och pådrivare.

LÄKARFÖRBUNDETS ETIK- OCH ANSVARSRÅD
Ulf Schöldström, f d utredningschef

■ En hörnsten i arbetet är förbundets etiska regler (senast reviderade år 2002). Det kan tyckas självklart att etiska grundsatsar skall finnas på pränt, men så har det inte alltid varit. Under Läkarförbundets första halvsekel var det tvärtom en mycket omstridd fråga huruvida det var meningsfullt att söka kodifiera en läkaretik.

I de diskussioner som vid förra sekelskiftet ledde fram till att Läkarförbundet bildades såg många läkare etiken som en huvuduppgift för det nya förbundet. Stockholms läkarförening utarbetade förslag till »grundsatsar vid utövande av läkareverksamhet«. Andra läkare (bland dem Sveriges första kvinnliga läkare Karolina Widerström) menade emellertid att läkaretiken, som den kom till uttryck i den hippokratiska eden, var så självklar att det skulle ge ett felaktigt intryck att kodifiera läkarregler. Det kunde tolkas som ett erkännande av att det inte var så väl beställt med etiken inom läkarkåren. Aktningen för läkaryrket skulle minska, och allmänhetens förtroende skulle rubbas.

Etik eller etikett?

Det fanns också delade meningar om vad ordet »etik« innebar. Åtskilliga läkare tycks ha uppfattat att det var fråga om »läkaretikett«, dvs att läkaren inte skulle visa sig ohyfsad i sällskapslivet, ta oskäligen arvoden eller tala illa om kolleger. Bristande kollegialitet tycks många ha uppfattat som kardinalsypen, och på 1920-talet kunde man enas om att inrätta förtroendenämnder, både i lokalföreningarna och en central nämnd, en »hedersdomstol« ledd av förbundets ordförande. Här skulle tvister mellan medlemmar biläggas och ärenden om utslutning avgöras.

Ovilljan att sätta läkaretiken på pränt

kan så här i efterhand synas svårförklarlig. Var det självgodhet och kåranda som härskade? Detta kan vara en del av förklaringen, men långtifrån hela. Man måste komma ihåg att i början av 1900-talet bestod den svenska läkarkåren i stor utsträckning av privatpraktiserande läkare. Även anställda läkare såg sig som fria yrkesutövare med patienten som uppdragsgivare och finansier. Tvåpartsförhållandet mellan läkare och patient var det dominerande, och det omgivande samhällets roll var sekundär. I en sådan relation gav den hippokratiska eden vägledning, kanske inte så mycket dess bokstav som dess andemening av renhet, fromhet, diskretion och omsorg till patientens bästa. Visst fanns det redan då både övergripande befolkningsansvar (provinsialläkarna) och prioriteringsproblem (lasarettsläkarna), men såväl behandlingsmöjligheter som förväntningar var mindre.

Nya krav från samhället

Tanken att staten skulle garantera alla medborgare tillgång till sjukvård ändrade tvåpartsförhållandet till ett triangeldrama. När staten och landstingen successivt tog över ansvaret för sjukvårdens ekonomi och drift (en lång process, som började med 1930-talets diskussion om allmän sjukförsäkring och avslutades med Sjukvårdsreformen 1970) ställde de samtidigt krav på att få påverka sjukvårdens planering och utformning. Läkaren förväntades vara inte enbart patientens ombud utan också väktare av den gemensamma kassakistan och samhällets kontrollant. Läkarkåren var utan tvivel skeptisk till en sådan utveckling, men det är ändå tveksamt om den riktigt förstod hur omvälvande förändringen var.

Ett exempel på de nya krav som ställdes är den steriliseringslagstiftning som infördes på 1930-talet. Läkarnas motstånd verkar i efterhand förvånande svagt. Visserligen förekom kritik av det

Etiskt samtal

bräckliga vetenskapliga underlaget för steriliseringspolitiken, men den etiska debatten blev aldrig livlig. Läkarna och deras organisationer godtog i det stora hela att samhällets intresse av friska och rättskapabla medborgare vägde tyngre än den enskilda patientens autonomi. Sannolikt trodde de i många fall att ingreppet i grunden var till patientens bästa, även om patienten inte förstod det, t ex när det gällde förståndshandikappade patienter eller bärare av ärftliga sjukdomar.

Lyckligtvis var det bara någon enstaka läkare, influerad av tidens rashygieniska tänkande, som drog slutsatsen att det behövdes olika former av läkaretik. Den kusliga tanken var att det behövdes särskilda läkare, anställda av staten, för att främja samhällsnytta och framväxten av en sund befolkning. Sådana »tjänsteläkare« måste, till skillnad från de kliniskt verksamma kollegerna, ha rätt att göra avsteg från den traditionella hippokratiska läkaretiken.

Etiska riktlinjer efter andra världskriget

Efter det andra världskriget förändrades situationen radikalt. De tyska läkarnas medverkan i det nazistiska väldets förbrytelser lyfte fram behovet av en generell och internationellt accepterad läkaretik som kunde stå emot enskilda länders lagstiftning. Världsläkarorganisationen (WMA) bildades 1947, och 1948 antog 45 stater de etiska riktlinjerna i den s k Genève-deklarationen. Året därpå tillkom en internationell medicinsk-etisk kod. Med denna kod som förebild antog Läkarförbundet 1951 sina etiska regler, som därefter kontinuerligt har uppdaterats och utvecklats, bl a med hänsyn till den internationella utvecklingen på etikområdet.

Läkarförbundets etiska regler bildar ett fundament, men de är naturligtvis inte någon handbok som kan ge konkreta svar på de många etiska problem som uppkommer i vardagsarbetet. Detta framgår redan av reglernas ordalydelse. Formuleringar som »rimlig«, »otillbörlig«, »där så är motiverat« visar att reglerna måste tolkas för att kunna tillämpas i den konkreta situationen. Läkarens goda omdö-

me och etiska medvetenhet måste komplettera den kodifierade etiken.

Litteratur för etiskt tänkande

Hur kan läkaren skaffa sig ett gott omdöme? Gott omdöme får man så småningom av dåligt omdöme, har någon cyniker sagt, dvs man lär sig genom misstagen. En bättre metod är dock att systematiskt träna den etiska förmågan genom studier och kollegiala diskussioner. Litteraturen i och om etik ger läkaren verktyg för att strukturera en etisk analys av ett problem, både för sig själv och i samtal med kollegerna. Utan sådana hjälpmedel kommer man lätt på villospar eller hemfaller åt ett vagt tyckande av »vad som känns rätt«.

Författaren och läkaren P C Jersild har i form av en klassisk sokratisk dialog mellan mästaren och eleven givit en snabbkurs i medicinsk etik för Läkartidningens läsare (nr 48/2002 till och med nr 1-2/2003). Olika definitioner av (allmän) etik presenterades, och de grundläggande medicinsk-etiska principerna introducerades. Resonemangen grundades på en diskussion om människosyn och människovärde. Här fanns också en minneslista som kan användas för att strukturera en etisk diskussion om ett konkret problem.

Konflikt mellan läkaretik och samhällsetik

Grunden för den medicinska etiken är de fyra principerna att läkaren skall respektera patientens autonomi, undvika att skada, sträva att göra gott samt fördela vården rättvist. Inte sällan kommer emellertid dessa principer i konflikt med varandra. Klassiska exempel på motsättning mellan kravet på att inte skada och att samtidigt respektera patientens önskan är abort och eutanasi.

Rättvisepincipen med dess ansvar för ett större patientkollektiv kan kollidera med önskan att ge varje enskild patient optimal behandling. I ett solidariskt finansierat vårdssystem får läkarna rollen att fördela enorma resurser, något som gamla tiders läkare inte behövde bekymra sig om. Medicinska beslut får också avgörande betydelse på andra samhällsområden, vilket t ex debatten om läkares roll vid sjukskrivning visar.

Ett dilemma är att tillgänglighet i regel prioriteras högre än valfrihet i samhällen där den offentliga sektorn svarar för praktiskt taget hela vårdutbudet. Tillgången till vård i välfärdssamhället har naturligtvis ökat ofantligt jämfört med gamla tider, men valfriheten består i praktiken ofta i att acceptera vad som bjuds eller att avstå från diagnos och behandling.

Patienten är kanske inte på det klara med konsekvenserna av ett nej, och ett

automatiskt tillämpande av regeln om patientautonomi kan i den situationen leda till skada. Ett belysande exempel är den händelse som inträffade i Danmark häromåret, när en patient på en akutmottagning vägrade att låta sig behandlas av en invandrad läkare och krävde en etniskt dansk läkare. Omsorg om patienten ledde här till att sjukhusledningen beslöt att tillkalla en annan läkare, trots att den naturligtvis tog avstånd från patientens inställning.

Fallet visar också hur konflikter kan uppstå mellan en renodlad läkaretik och en mer allmän samhällsetik. Skall respekten för patientens autonomi väga tyngre än samhällets självklara strävan att motverka rasism? Måste inte också respekten för kollegers och medarbetarens människovärde läggas i vågskålen?

Att nya medicinska kunskaper och metoder skapar nya etiska problem är välkänt. Gentekniken har på kort tid givit upphov till en rad frågor, t ex: För vilka ändamål får man använda fosterdiagnostik? Är det rätt att odla stamceller med användning av aborterade foster? Skall försäkringsbolag få tillgång till eller rentav kunna kräva genetisk kartläggning av sjukdomsanlag hos sina kunder?

Föränderlig etik

Etiken är inte tidlös. Den har förändrats och utvecklats i takt med att nya förhållanden uppstått inom medicinen och i samhället i stort. Läkarförbundets etiska regler har ett samhällsperspektiv som saknas i de klassiska läkarreglerna. Stadgandet att läkaren skall ställa sin kunskap till förfogande och bidra till att allmänheten får kännedom om nya vetenskapliga landvinningar står t ex i bjärt kontrast till den hippokratiska edens maning att läkekonstens hemligheter inte fick avslöjas för någon annan än blivande läkare.

När man konstaterar att läkaretiken har förändrats genom århundradena, får detta inte tolkas som ett okritiskt accepterande av alla slags förändringar. Tvärtom är det etikens uppgift att fungera som en måttstock när man vill ta ställning till utvecklingen i omvärlden. Måttstocken är inte absolut, men det hindrar inte att den är ett användbart redskap som ger besked om väsentliga avvikelser.

Etiska samtal i vardagslivet

Den medicinska etiken är ett omfattande fält, som befinner sig i konstant, tidvis snabb, förändring. Det är knappast möjligt att skriva någon kortfattad läro- eller handbok som direkt kan ge svar på de dilemman som uppstår i det kliniska arbetet. Det gäller i stället att finna en form

för strukturerad etisk diskussion på arbetsplatserna.

Det är mycket viktigt att läkarna känner ansvar för att upprätthålla och utveckla den medicinska etiken och tar ledningen i det arbetet. För att stimulera en bred diskussion i vardagslivet har Etik- och ansvarsrådet i sitt eget arbete börjat med s k etiska samtal. Förhoppningsvis kan denna modell vara användbar i det lokala arbetet. I anslutning till denna artikel ges ett referat av ett sådant etiskt samtal, som gäller skyldighet att lämna uppgift om huruvida trafikskadade patienter är påverkade av alkohol eller droger.

Det är Etik- och ansvarsrådets ambition att då och då återkomma i Läkartidningens spalter med sådana referat. Läsarna är varmt välkomna att lämna synpunkter på samtalen, liksom att bidra med egna referat av etiska diskussioner som äger rum på sjukhus och vårdcentraler runt om i landet eller inom förbundets delföreningar.

Läkarförbundets etik- och ansvarsråd

Läkarförbundets etik- och ansvarsråd (EAR) handlägger förbundets yrkesetiska frågor och marknadsföringsfrågor rörande läkarverksamhet. Rådet leder, samordnar och fastställer principerna för förbundets serviceverksamhet kring anmälningsärenden samt bevakar de delar av hälso- och sjukvårdsförhållningar som anknyter till läkarnas yrkesansvar.

Rådet verkar för att utveckla och stärka läkarkårens medvetenhet i medicinsk-etiska frågor. Delmål i detta arbete är bl a att sammanställa och sprida kunskap om nationella och internationella etiska regler, och att tydliggöra etiska frågeställningar i den kliniska vardagen.

Rådets ledamöter är Robert Leth (ordförande), Leif Edman, Karin Ehinger, Lotti Helström, Mora Kallner, Thomas Lindén och Ann-Mari Sjöblom. Jan Schöldström är rådets sekreterare.