

ATT UTVECKLA ETISK KOMPETENS – GÅR DET?

Det är viktigt att läkare visar ett tydligt engagemang för vårdens etiska frågor och ledsagas av sina yrkesetiska regler.



ANDERS ÅGÅRD, överläkare, med dr, institutionen för medicin, Sahlgrenska akademien, Göteborg
anders.s.agard@vgregion.se

RURIK LÖFMARK, docent, överläkare, Centrum för hälso- och sjukvårdsetik, Karolinska institutet, Stockholm

Läkaren ska förvärva, vidmakthålla och kontinuerligt sträva efter att förbättra sina färdigheter och förhållningssätt under såväl utbildning som yrkesgörning. Det kan röra sig om en strävan att bygga upp förtroende, att skapa goda och sunda relationer, att sätta patientens behov i första rummet, att informera och samtala med patienter på ett bra sätt, att ta reda på och respektera andras synpunkter och önskemål, att vara lyhörd och medkännande, att ha mod att sätta gränser, att vara konsekvent i sina värderingar och handlingar och att utveckla självkänedom. Förbättrad förmåga när det gäller att kritiskt granska information och argument eller att analysera och lösa etiska problem är också viktiga delar i det som kan benämnas »etisk kompetensutveckling« [1-4].

»Svårt lära gamla hundar sitta«

En vanlig uppfattning bland dem som arbetar med etikfrågor inom vården är att färdiga läkare är den svåraste gruppen att nå ut till. Endast ett fåtal lockas till föreläsningar, utbildningsdagar, symposier och andra mötesplatser som har etik som huvudinnehåll. Kanske kan det bero på att många läkare redan tycker sig kunna det som behövs för att hantera de etiska problem som finns inom specialiteten och att det därför inte finns något mer av praktisk betydelse man behöver lära sig som rör etik. Man kan också tänka sig att annan utbildning prioriteras, att erfarenheterna av etikaktiviteter genom åren är dåliga, att etik och humaniora inte är något som kliniken eller mottagningen fäster någon uppmärksamhet vid, att det naturvetenskapliga intresset överskuggar allt annat eller att det kliniska vardagsarbetet helt enkelt sätter hinder i vägen. En artikelförfattare drar till och med lite tillspetsat en parallell mellan att få färdiga läkare att vidareutbilda sig i etik och »att lära gamla hundar sitta« [5].

Studier har visat att läkare behöver träning i medicinsk etik efter grundutbildningen för att förbättra förmågan att resonera kring etiska problem och för att omsätta god etik i praktisk handling. Variationen bland kliniska läkare när det gäller att uppmärksamma och hantera etiska problem är nämligen stor. Sättet på vilket man inhämtar patienternas informerade samtycke till en medicinsk åtgärd eller till forskningsdeltagande är tex inte optimalt [6]. Patienter som ställs inför svåra moraliska och medicinska val informeras och tillfrågas ibland på ett tvivelaktigt sätt [7]. Patienternas inställning till behandlingsinsatser i livets slutskede efterfrågas långt ifrån alltid [8]. Benägenheten att öppet redovisa medicinska miss-

tag borde vare större [9]. Vissa läkare uttrycker dessutom själva ett behov av utbildning för att på ett mer systematiskt sätt kunna ta sig an etiska frågeställningar [2]. Det finns inget stöd för att läkares intresse för och engagemang i etikfrågorna skulle vara mindre än andra yrkesgruppers inom vården [10].

Syftet med denna artikel är att illustrera vikten av att läkare kontinuerligt strävar efter att förbättra sina kunskaper och färdigheter i medicinsk etik, liksom att man reflekterar över sin yrkesetik i den kliniska vardagen. Artikeln tar också upp exempel på utbildningar i etik och vad man kan uppnå med dessa.

Nyvaknat intresse för yrkesetik och professionalism

Under det senaste årtiondet har behovet av att diskutera den medicinska professionalismen uppmärksammats, särskilt efter att de amerikanska och europeiska specialistföreningarna för internmedicin år 2002 presenterade sitt gemensamma dokument »Medical professionalism in the new millennium: a physician's charter« [11]. Tillkomsten av dokumentet var en reaktion mot de hot som riktats mot professionalismerna [12-14].

Samhällets förtroende rubbas när läkares yrkesetik eller professionalism börjar ifrågasättas [4], som när personliga vinningar uppfattas vara viktigare än patientens bästa och samhällsansvaret. Allmänheten reagerar exempelvis mot att läkare väljer att arbeta som inhyrda för att kunna tjäna så mycket som möjligt, i stället för att bidra till kontinuitet och förbättringsarbete på en och samma arbetsplats, att relationer med läkemedelsindustrin inte sker på ett öppet och balanserat sätt eller att läkarprofessionen inte tar tillräckligt ansvar för att säkerställa kvaliteten av framtida och färdiga läkare och deras utbildning [15].

Royal College of Physicians of London utsåg en arbetsgrupp som fick till uppgift att belysa de utmaningar läkarkåren ställs inför, liksom vad som krävs av läkarkåren för att möta samhällets och patienternas framtida krav och förväntningar. Rapporten, »Doctors in society: medical professionalism in a changing world«, presenterades 2005. I den betonar man bl a den enorma förändringen som sker inom hälso- och sjukvården. Tillkomsten av flera konkurrerande vårdgivare, öns-

SAMMANFATTAT

Medicinsk etik kan sägas vara det fundament en professionell läkare står på.
När läkare inte lever upp till de etiska krav som professionen formulerat, och som samhället och patienter förväntar sig att de ska uppfylla, minskar förtroendet för läkarkåren.
Färdiga läkares intresse för och engagemang i etikfrågor ifrågasätts ibland.

En viktig del av läkares livslånga lärande är att utveckla ett etiskt förhållningssätt och sina kunskaper och färdigheter i etik.
Läkares attityder, intresse för etik, etiska medvetenhet, förmåga att kritiskt analysera etiska problem och fatta etiskt försvarbara beslut kan utvecklas eller förbättras av utbildning i etik.

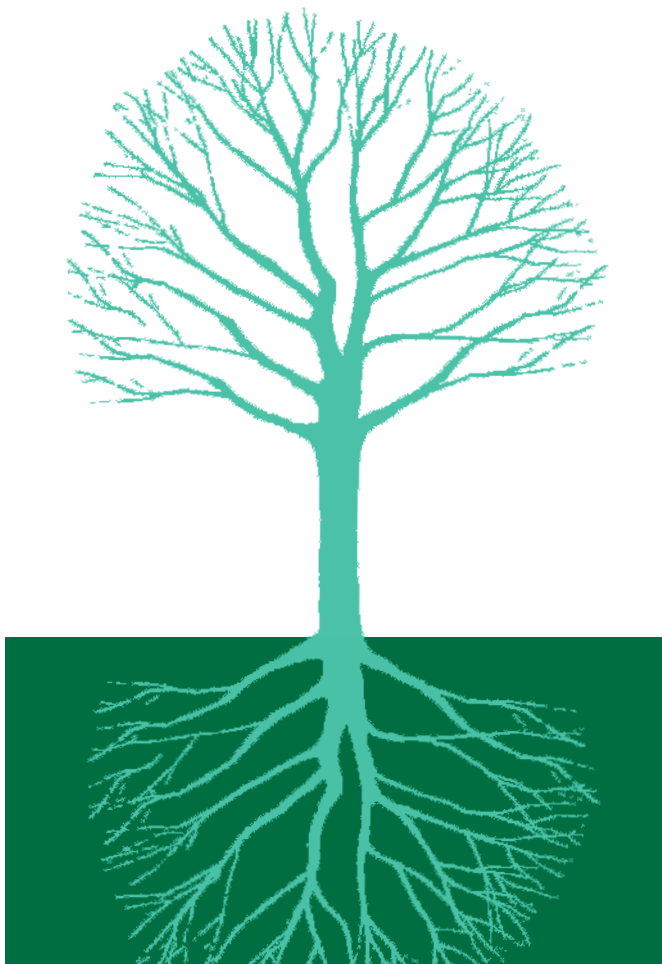


Illustration: Annika Sköld

kemål om ett mer jämnt förhållande mellan patienter och vårdpersonal, och allt fler naturvetenskapliga landvinningar som bidrar till utvecklingen av klinisk sjukvård gör att man tydligt måste formulera vad som är hälso- och sjukvårdens övergripande syfte och vad som är grundläggande värderingar för läkare [16].

Etik i medicinskt beslutsfattande

Läkare är huvudansvariga för beslut i medicinsk-etiska frågor i den kliniska vardagen, dvs vad som är rätt och fel, gott och ont, rättvist och orättvist. Det är dock inte detsamma som att läkare på egen hand ska komma fram till vad beslutet ska bli. Tvärtom, hänsyn bör tas till de värderingar som finns bland övriga som berörs av ett beslut, tex patienter, anhöriga, kolleger och andra vårdgivare. Alla berörda har dessutom sina kunskaper och erfarenheter att bidra med. Dialogen blir därför ett viktigt redskap i beslutsfattandet. Läkaren ska samtidigt fullgöra sina andra professionella skyldigheter: att göra gott och minimera risken för skada, och att använda resurser på ett rättvist sätt. Med andra ord, läkaren behöver kunna balansera de fyra grundläggande medicinsk-etiska principerna mot varandra för att kunna besvara frågan om vad som är ett korrekt eller etiskt försvarbart beslut.

Det finns en del som tyder på att dagens kliniska beslut inte alltid baseras på noggrannhet och rationalitet och beaktande av etiska aspekter. Högt arbetstempo, tidsbrist och dålig kontinuitet kan delvis förklara att läkare gör avkall på något som är så centralt i professionalismen. Men det finns även andra förklaringar. Undersökningar och behandlingar utförs för att

»Kanske kan man påstå att den medicinska etiken är det fundament en professionell läkare står på.«

läkaren inte vill riskera att få kritik eller bli anmäld, även om åtgärderna inte är att betrakta som medicinskt indicerade. I USA är »defensive medicine« ett vedertaget begrepp för denna typ av åtgärder »för säkerhets skull« inom hälso- och sjukvården. Beslut kan också fattas utan adekvat beslutsunderlag och utan tillräcklig involvering av patienten. Beslut som borde ha kunnat fattas här och nu skjuts ibland på framtiden eller överläts till andra. Bland sjuksköterskor finns en uppfattning att många läkare undviker att ta ställning i medicinsk-etiska frågor, tex om en viss behandling verkligen är till gagn för patienten.

Effekter av utbildningsinsatser – några exempel

I vilken utsträckning utbildningsinsatser i etik kan bidra till en ökad andel nöjda patienter och positiva hälsorelaterade effekter är svårt att utvärdera. Det finns dock empiriska bevis för att läkares attityder, intresse för etik, etiska medvetenhet och förmåga att kritiskt analysera etiska problem och fatta etiskt försvarbara beslut kan utvecklas eller förbättras av etikutbildning [2, 17].

I Örebro ledde moralfilosofer etiska ronder för läkare och annan vårdpersonal kring autentiska patientfall i ett forskningsprojekt. Syftet var att stödja ömsesidig förståelse och stimulera etiska reflektioner utan att ge rekommendationer eller förslag till lösningar. Utvärderingen visade både positiva och negativa erfarenheter. Ronderna kunde bidra till breddat tänkande, ökad känsla av delaktighet, ökat förtroende att agera, insikter i etiskt tänkande och känslomässig lättnad. Ronderna kunde också framkalla ointresse, likgiltighet, frustration över bristen på lösningar och resignation över att ingen förbättring är möjlig [18].

Under en kurs för europeiska neonatalläkare användes autentiska fall för att öka deltagarnas förståelse för de etiska principernas relevans i klinisk och forskning. Genom att kombinera tidigare erfarenheter med nyvunna kunskaper om etiska begrepp lyckades man överbrygga gapet mellan teori och praktik [10]. I USA har man utvecklat en enkel metod för att lära yngre läkare kommunicera med patienter och anhöriga om att avstå från hjärt-lungräddning. Efter några observationer av hur äldre läkare går tillväga får de yngre läkarna under handledning själva samtala om detta konkreta etiska problem. När de yngre läkarna bedöms klara av denna typ av samtal på ett tillfredsställande sätt får de »behörighet« att utföra dem på egen hand [19].

I Uppsala har man studerat hur lång tid som krävs för att nå etiskt önskvärda resultat relaterat till integritet och självbestämmande i möten med patienter. 21 konsultationer av patienter med ljumskbräck analyserades. Samtliga konsultationer i studien tog mindre än 20 minuter; i majoriteten av fallen tio minuter eller därunder. Ett tydligt samband mellan ökad tid och alla komponenter av etisk praxis noterades. Det rörde sig om informerat samtycke, förståelse och respekt för integritet, patientautonomi och beslutsfattande. Positiv icke-verbal kommunikation var associerad med respekt för patientens integritet. Sammanfattningen av studien kan utläsas av titeln »Ethics takes time, but not that long« [20].

Etisk konsultation

I USA är användning av »ethical consultants« och »hospital

ethics committees« eller »health care ethics committees« etablerad i klinisk praxis sedan slutet av 1960-talet. Under de senaste 20 åren har motsvarande stödfunktioner även vuxit fram i Europa, där de oftast benämns »clinical ethics committees« [21]. I en randomiserad studie inkluderande mer än 500 patienter på en intensivvårdsavdelning (IVA) utvärderades effekten av denna typ av konsultationer. Dödligheten var densamma som i kontrollgruppen, medan antalet livsuppehållande behandlingar, antalet vård dagar på IVA och kostnaderna minskade. Majoriteten, 87 procent av läkare, sjuksköterskor och patienter/anhöriga, ansåg också att etikonsultationerna hjälpte till att belysa och lösa etiska konflikter [22].

Frågan om hurvida besluten blir bättre av etisk konsultation är förstås central. Man behöver även ta ställning till frågorna: Vilka kunskaper, färdigheter och egenskaper krävs för att kunna tjänstgöra som etikonsult eller medlem i en etikkommitté? Kan denna typ av involvering av »utomstående« betraktas som ett intrång i patient-läkarrelationen? Vem eller vilka bör ha rätt att begära etisk konsultation? Vilken status har det förslag till handläggning som presenteras? Ska det finnas möjlighet att anmäla en person eller kommitté för felaktig etisk bedömning [23, 24]?

Etikrådet i Lund kontaktas regelbundet av de kliniska verksamheterna för att få enskilda patientfall eller principiella frågeställningar belysta utifrån ett etiskt perspektiv. Man anordnar även allmänna föreläsningar och deltar i falldiskussioner. Rådet anser att man på dessa sätt lyckats öka och upprätthålla intresset för etik [pers medd, T Nilstun, Lund 2009]. I Uppsala har man använt sig av etikronder för att öka medvetenheten om etiska frågor. Man beskriver tre års goda erfarenheter av att utifrån vårdpersonalens reflektioner kring aktuella patientfall öka deltagarnas förståelse för olika värderingar [25].

Läkareetik i världens vardag

Läkarkåren har ett stort ansvar vad gäller att bidra till att etiken får en framträdande roll inom sjukvården. I kraft av sitt medicinska ansvar har läkare ett avgörande inflytande när det gäller att påverka inte bara vilka beslut som fattas utan också hur de fattas. Tillsammans med arbetskamrater kan läkare bidra till att skapa ett etiskt klimat på arbetsplatsen där det är tillåtet att diskutera och ifrågasätta beslut och rutiner och där man uppskattar och tar till vara varandras kompetens och erfarenheter.

»Läkarkåren har ett stort ansvar vad gäller att bidra till att etiken får en framträdande roll inom sjukvården.«

Läkaren måste kunna ikläda sig rollen som en av medlemmarna i ett team för att dagens komplexa problem inom vården ska kunna hanteras på bästa sätt. Läkare behöver ägna mer tid och tanke åt frågor som rör yrkesetik och läkarrollen, t ex: Vad kännetecknar en professionell läkare i ett modernt samhälle? Hur värderas gott kliniskt omdöme och uppskattning från patienter i förhållande till medicinsk spetskunskap och akademiska titlar? Hur bör jag som läkare gå till väga för att förbättra mina kunskaper och färdigheter i etik?

Läkare i ledningspositioner på sjukhus och vårdcentraler har möjlighet att bidra till att skapa en kultur där andra värden än en budget i balans och hög produktivitet får en framskjuten plats på agendan. Det gäller då att i handling visa att det t ex är viktigt att medarbetarna arbetar med och utbildar sig i etikfrågor och att det är viktigt att honnöras som t ex »patienten i centrum«, »omtanke« och »gott bemötande« ges en konkret innebörd.

»Den som valt läkarens yrke ...«

Högskoleverket har formulerat ett av sina mål avseende värderingsförmåga och förhållningssätt så att läkaren efter sin examen ska kunna »visa förmåga till etiskt och professionellt förhållningssätt gentemot patienter och deras närstående« [27]. Skillnaden mellan begreppen etiskt och professionellt förhållningssätt är väl egentligen inte så stor. Kanske kan man påstå att den medicinska etiken är det fundament en professionell läkare står på.

En viktig del av läkarens livslånga lärande är därför att utveckla kunskaper, färdigheter och förhållningssätt inom etikens område. Inledningen till Läkarförbundets etiska regler sammanfattar också vad det handlar om: »Den som valt läkarens yrke har åtagit sig en svär och ansvarsfull uppgift, som kräver goda kunskaper och vilja att följa de etiska krav som läkaren genom årtusenden erkänt vara normgivande« [28].

■ Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Carrese J, Sugarman J. The incapable relevance of bioethics for the practicing clinician. *Chest*. 2006;130:1864-72.
2. Manson H. The need for medical ethics education in family medicine training. *Fam Med*. 2008;40:658-64.
3. Swick HN. Toward a normative definition of medical professionalism. *Acad Med*. 2000;75:612-6.
4. Stern D, Papadakis M. The developing physician – becoming a professional. *N Engl J Med*. 2006;355:1794-9.
5. Tweeddale MG. Teaching old dogs new tricks – a personal perspective on a decade of efforts by clinical ethics committee to promote awareness of medical ethics. *J Med Ethics*. 2001;27 Suppl 1:41-3.
6. McClean KL, Card SE. Informed consent skills in internal medicine residency: how are the residents and what do they learn? *Acad Med*. 2004;79:128-33.
7. Curlin AF, Lawrence RE, Chin MH, Lantos JD. Religion, conscience, and controversial clinical practices. *N Engl J Med*. 2007;356:593-600.
8. The SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). *JAMA*. 1995;274:1591-8.
9. Manser T, Staender S. Aftermath of an adverse event: supporting health care professionals to meet patient expectations through open disclosure. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2005;49:728-34.
10. Nilstun T, Cuttini M, Saracci R. Teaching medical ethics to experienced staff: participants, teachers and method. *J Med Ethics*. 2001;27:409-12.
12. Sullivan WM. Medicine under threat: professionalism and professional identity. *CMAJ*. 2000;162:673-5.
13. Pellegrino ED. Medical professionalism: can it, should it survive? *J Am Board Fam Pract*. 200;13:147-9.
17. Sulmasy DP, Marx ES. Ethics education for medical medical house officers: long-term improvements in knowledge and confidence. *J Med Ethics*. 1997;23:88-92.
18. Svantesson M, Löfmark R, Thorsén H, Kallenberg K, Ahlström G. Learning a way through ethical problems: Swedish nurses' and doctors' experiences from one model of ethics rounds. *J Med Ethics*. 2008;34:399-406.
19. Tulsky JA, Chesney MA, Lo B. See one, do one, teach one? House staff experience discussing do-not-resuscitate orders. *Arch Intern Med*. 1996;156:1285-9.
20. Hansson MG, Kihlborn U, Tuvemo T, Olsen LA, Rodriguez A. Ethics takes time, but not that long. *BMC Med Ethics*. 2007;8:6.
22. Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD, Dugan DO, Blustein J, Cranford R, et al. Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2003;290:1166-72.
23. La Puma J, Schiedermaier DL. Ethics consultation: skills, roles and training. *Ann Intern Med*. 1991;114:155-60.
24. Lo B. Behind closed doors. Promises and pitfalls of ethics committees. *N Engl J Med*. 1987;317:46-50.
25. Hansson MG. Imaginative ethics – bringing ethical praxis into sharper relief. *Med Health Care Philos*. 2002;5:33-42.