

Etik för läkaren som chef

Läkargärningen har i tusentals år omgärdats av etiska regler som vägledning för utövaren. Reglerna är i det korta perspektivet en motvikt till trender och snabba värdeförskjutningar, men sett i ett längre perspektiv långt ifrån statiska. Tvärtom har de omformats med mänsklighetens och samhällets utveckling. Kanske är det just därför som de finns kvar – dels med sitt omistliga hippokratiska arv, dels som ett uttryck för en mer senkommen humanistisk människosyn och som garant för människovärdets okränkbarhet i läkarens yrkesutövning.

Hade inte reglerna successivt ändrats, hade de nog inte överlevt. Äldre lydelser, som att aldrig någonsin begå stensnitt (= abort), stämmer inte med vad merparten av kåren och samhället idag känner är rätt och riktigt. Att förbinda sig att inte avslöja yrkets hemligheter är diametralt motsatt till vad vi idag uppfattar som en etisk plikt: om vi inte har evidens, är plikten att forska – den som forskar har plikt att publicera och sprida kunskap.

Även förändringar i läkarrollen har medfört omprövningar. Det paternalistiska samhällets hierarkier håller på att lösas upp, och som en konsekvens måste läkaren i högre grad informera patienten och respektera dennes självbestämmanderätt, kanske även till priset av ett medicinskt sett sämre utfall.

Reglerna har genom tiderna varit skrivna för läkaren i rollen där denne öga mot öga träffar patienter. Idag finns även andra roller, och många har idag mest indirekt patientkontakt, t ex som rådgivare eller konsultationsläkare. En läkarroll på ett företag kan innebära att utveckla läkemedel eller medicintekniska produkter. En forskande läkare kan ha relativt liten patientkontakt. Detta leder ibland till konflikter mellan olika etiska perspektiv inom kåren.

På medlemsseminariet vid Sveriges läkarförbunds chefsförenings årsmöte den 4:e maj diskuterade vi läkaretiken ur perspektivet när man som läkare också har en roll som ledare och chef. Syftet var att genomlysna den diskussion som våra medlemmar varit del av när läkare som är chefer tar beslut som andra läkare uppfattar som obehagliga, okollegiala eller att de »drabbar« patienten.

Läkarförbundets policyprogram om chefskapet i vården (»Läkare behövs som chefer«, 2006) slår fast att läkare behövs som chefer i vården, därför att det gynnar kvaliteten i vårdprocesserna, och att läkaretiken måste genomsyra även läkares chefskap, inte minst i löpande prioriteringsbeslut.

Medlemmar som inte är chefer kan uppleva att läkaren som är chef agerar i strid mot kollegialitetsregler om man genomför förändringar som känns som personliga försämringar. De kan också tycka att che-

fen bryter mot etiken när han eller hon medverkar till att en enhet omstruktureras eller upphör, och patienterna inte får samma omhändertagande som tidigare.

En roll som chef innebär alltid ett krav på lojalitet mot uppdragsgivaren – alternativet är att lämna sin befattning. Detta krav och förväntningar på vad som ska utföras måste alltid stämmas av mot en egen värdegrund, en inre etisk kompass. Denna kompass behöver kalibreras, vilket kan ske i kollegiala samtal med likar, eller med den vägledning som ett regelverk kan ge.

Ska läkare som är chefer omfattas av en särskild uppsättning etiska regler, eller fungerar det med regler lika för alla oavsett roll? Behöver chefer ha något specifikt stöd att luta sig mot i svåra situationer? På temadagen belystes dilemman som läkare som är chefer kan hamna i. Vi gjorde det utifrån expertsynpunkter av en medicinetiker och genom reflektioner från en läkare som haft många chefsroller. Vi hörde en centralt placerad person i Sjukvårdssverige som sett läkare hantera dilemman i chefsrollen, och en fackligt aktiv kollega belyste frågan ur sitt och medarbetares perspektiv.

Vi fick en bra diskussion om hur vi som chefer bör se på våra etiska regler, men också kring delfrågor om lojalitet och hur man hanterar värdekonflikter. Diskussionen har emellertid bara börjat! Andra del-föreningar diskuterar sammanhängande frågor. Ett symposium på temat planeras till Läkarsällskapets riksstämma i höst för att ta diskussionen vidare.

Om vi menar att det är en särskild kvalitet hos en chef i sjukvården att han/hon dessutom är läkare, måste vi vara solklara över på vilken värdegrund vårt dagliga arbete vilar.

»Ska läkare som är chefer omfattas av en särskild uppsättning etiska regler, eller fungerar det med regler lika för alla oavsett roll?«



THOMAS LINDÉN
ordförande i
Sveriges
läkarförbunds
chefs-förening

Behövs en särskild cancerplan?

I förra veckan presenterade Socialstyrelsen en översyn av den svenska cancer vården som visar att den håller hög kvalitet, men att det finns regionala skillnader som inte går att förklara. SoS föreslår ökad kunskapsstyrning genom nationella riktlinjer för fler cancerdiagnoser samt öppna redovisningar och jämförelser. Samtidigt har Kerstin Wigzell fått i uppdrag av regeringen att ta fram en nationell cancerplan.

Läkarförbundets erfarenheter av tidigare nationella handlingsplaner är att regeringen har mycket svårt att påskynda landstingens och kommunernas förbättringsarbete inom vården.

När den s k Nationella handlingsplanen för utveckling av vår-

den sjösattes år 2000 var målet att bygga ut primärvård och psykiatri. Man krävde att varje landsting skulle utarbeta lokala handlingsplaner. Dessa planer kom att produceras pliktskyldigast men fick aldrig någon styreffekt i verksamheterna. Inget landsting lade in kostnadssammanställningarna i sin budget.

Att de lokala handlingsplanerna blev helt fristående från landstingens budgetprocess minskade deras trovärdighet. Risker är stora att det blir på samma sätt denna gång. Tydliga mål och resurser måste kopplas samman och noggrant följas upp och redovisas, om en nationell plan ska få önskad effekt.

Eva Nilsson Bågenholm



Kontaktuppgifter Sveriges läkarförbund:
www.lakarforbundet.se, E-post: info@slf.se
Telefon: 08-790 33 00, Fax: 08-20 57 18
Postadress: Box 5610, 114 86 Stockholm
Besök: Villagatan 5, Stockholm