

# Oombedd medicinsk intervention ger upphov till etiska konflikter

Så tycker läkare, läkarstuderande och allmänhet i Europa

**Oombedd medicinsk intervention ger upphov till etiska konflikter, som behöver diskuteras. Läkares, läkarstuderandes och allmänhetens attityder till tre olika fall har därför studerats och jämförts. Svaren tyder på att allmänheten är långt mer positiv till intervention än vad läkarna är. I Slovenien och Österrike är man överlag mer positiv medan man i Danmark är mest negativ. Svenska läkarstuderande är mer osäkra än alla övriga svarande.**

»Oombedd medicinsk intervention» uppstår när läkarens agerande varken är efterfrågat eller en del av hans eller hennes skyldigheter. Läkaren kan bara gissa hur hans eller hennes agerande kommer att uppfattas: som en välkommen åtgärd eller ett oförsvarbart intrång i den personliga friheten.

Är oombedd medicinsk intervention önskvärd? [1]. Vilken uppfattning har läkaren (L) om hur han eller hon skulle handla? Vad anser läkarstuderanden (LS) och allmänheten (A) att läkaren bör göra.

För att få svar på dessa frågor har, i ett europeiskt projekt [2] med deltagande från Danmark [3], Slovenien, Sverige och Österrike, en enkätstudie med tre fallbeskrivningar genomförts: trafikolycka där läkaren råkar komma förbi, misstänkt malignt melanom hos en medresenär på bussen samt upptäckten av bröstcancer-genen BRCA 1 i ett blodprov.

Svarsalternativen var Ja, Nej samt

## Författare

STEFAN BREMBERG

husläkare, Helsingborg, och doktorand i medicinsk etik, Lunds universitet

TORE NILSTUN

docent, enheten för medicinsk etik, Lunds universitet.

Tveksam. Läkarnas uppgift var att ange hur han eller hon trodde att de skulle agera. För läkarstuderande och allmänheten var uppgiften att ange hur de ansåg att läkaren borde agera.

Det fanns möjlighet att ge skriftliga kommentarer i anslutning till svaren. Alla respondenter skulle ange ålder och kön. Dessutom skulle läkarna ange specialitet och allmänheten utbildningsnivå.

## Stanna vid trafikolycka eller åka till danstävling?

En läkare ska hämta sin dotter och köra henne till en danstävling. En trafikolycka har just inträffat på vägen, och varken ambulans eller polis finns på plats. Läkaren vet inte om någon är skadad eller hur allvarliga skadorna kan vara. Han har ingen telefon i bilen, och han vet att om han blir försenad en halvtimme, så missar dottern danstävlingen.

I detta fall råder stor samstämmighet, såväl mellan läkare och allmänheten som mellan de olika länderna, om hur läkaren borde göra. Läkare i Danmark och Sverige var dock något mer tveksamma än kollegorna i Slovenien och Österrike (Tabell I).

Såväl läkare som läkarstuderande och allmänheten i den svenska delstudien har ofta lämnat kommentarer till sina svar:

»tveksam därför att jag under vissa omständigheter skulle agera, under andra avstå... situationen kan ju rymma så mycket mer än vad som sägs här» (L),

»jag stannar i den förhoppningen att ändå hinna med dotterns danstävling – om inte, kommer hon att förstå då hon får veta» (L),

»som läkare har man inte accepterat bara ett yrkesval utan även en livsåskådning... om han tycker att en danstävling är viktigare än att hjälpa till och kanske rädda liv, så bör han BYTA JOBB» (LS),

»tycker läkaren att han vill hjälpa till så ska han göra det, men det är inget tvång, måste ju tänka på familjen också» (A),

»jag hoppas att ingen är så hjärtlös och egotrippad att han inte hjälper till vid en olycka bara för att hans dotter skall på en danstävling» (A).

På bussen hem från jobbet hamnar en kvinnlig läkare bredvid en 50-årig kvinna, som hon inte känner. Kvinnan har en mörk fläck i sitt ansikte. Enligt läkarens uppfattning finns det en stark misstanke om att det är ett malignt melanom – i frågan till läkarstuderande och allmänheten beskrevs detta som en elakartad hudcancer. Inom några minuter måste läkaren stiga av bussen.

I detta fall visade det sig att läkare i Österrike var mest positiva (Ja = 41 procent) till att ta kontakt medan danska läkare var mest negativa (Nej = 66 procent).

Allmänheten i alla fyra länderna var mer positiv till intervention än vad läkarna var. I Danmark var även en majoritet av läkarstuderande och allmänheten negativ (Tabell II).

En fjärdedel av de svenska läkarna svarade att de skulle ta kontakt med kvinnan, medan endast var sjätte svensk läkarstuderande och knappt hälften av den svenska allmänheten ansåg att läkaren borde ta kontakt. Hälften av de svenska läkarstuderandena var tveksamma.

## »Integritetskränkning risken»

Inte bara den stora andelen osäkra, utan också kommentarerna i den svenska delstudien visar att fallet uppfattades som svårt:

»man kan mycket väl inleda ett samtal med kvinnan, men har man rätt eller skyldighet?» (L),

»integritetskränkning är risken» (L),  
»frågan är för mig om jag ska vara vaksam på allt i min omgivning, jag känner att jag ej tagit ställning – det är möjligt att om jag misstänker något, så skulle jag inleda samtal» (LS),

»här är svaret inte lika tveklöst 'ja' med en gång, men visst kan en läkare försöka inleda ett samtal med 'patienten' och kanske via samtal om fräknar eller dylikt komma in på det misstänkta melanomet» (A),

»läkaren bör, för sitt samvetes skull, göra ett försök till kontakt» (A).

## Informera om ärftlighet för bröstcancer eller inte?

Utän att blodgivare informeras används en del av deras blod för att testa

**Tabell I.** Trafikolyckan: deltagande länder fördelat på studerade grupper.

		Andel svar inom gruppen, procent			
		Danmark (n=748)	Slovenien (n=112)	Sverige (n=192)	Österrike (n=229)
Läkare	Ja	94	99	91	99
	Nej	1	0	3	1
	Tveksam	5	1	6	0
Läkarstuderande	Ja	95	100	97	100
	Nej	2	0	0	0
	Tveksam	3	0	3	0
Allmänhet	Ja	97	100	94	100
	Nej	2	0	0	0
	Tveksam	1	0	6	0
Totalt	Ja	95	99	93	100
	Nej	2	0	2	0
	Tveksam	3	1	6	0

**Tabell II.** Malignt melanom: deltagande länder fördelat på studerade grupper.

		Andel svar inom gruppen, procent			
		Danmark (n=748)	Slovenien (n=112)	Sverige (n=192)	Österrike (n=229)
Läkare	Ja	17	25	26	41
	Nej	66	42	48	34
	Tveksam	17	32	25	24
Läkarstuderande	Ja	20	47	17	35
	Nej	57	32	31	45
	Tveksam	23	21	52	20
Allmänhet	Ja	26	45	49	51
	Nej	52	36	32	29
	Tveksam	22	18	19	20
Totalt	Ja	21	33	33	46
	Nej	58	39	40	32
	Tveksam	20	28	27	22

**Tabell III.** Bröstcancer: deltagande länder fördelat på studerade grupper.

		Andel svar inom gruppen, procent			
		Danmark (n=748)	Slovenien (n=112)	Sverige (n=192)	Österrike (n=229)
Läkare	Ja	28	61	28	78
	Nej	43	21	41	10
	Tveksam	29	18	31	12
Läkarstuderande	Ja	26	68	24	100
	Nej	59	26	28	0
	Tveksam	15	5	48	0
Allmänhet	Ja	58	73	54	79
	Nej	24	5	22	13
	Tveksam	18	23	24	8
Totalt	Ja	42	64	37	80
	Nej	35	19	32	10
	Tveksam	23	17	31	9

en metod att hitta kvinnor med ärftlighet för bröstcancer. Ett prov från en 20-årig kvinna visar på sådan ärftlighet – i enkäten till läkarna användes uttrycket »bärare av BRCA 1». Detta innebär att hon med stor sannolikhet kommer att drabbas av bröstcancer mellan 30 och 75 års ålder. Provresultatet bekräftas av

ett laboratorium utomlands. Den enda källan till kvinnan är hennes hemadress.

Läkarna i Slovenien och Österrike svarade i stor utsträckning att de skulle ta kontakt med kvinnan. Läkarstuderande och allmänheten i dessa länder ansåg i ännu något större utsträckning att läkaren borde göra så, och samtliga läkar-

studerande i Österrike svarade att de skulle ta kontakt (Tabell III).

I Sverige svarade tre av tio läkare att de skulle ta kontakt med blodgivaren för att informera henne. Var fjärde svensk läkarstuderande och mer än hälften av allmänheten ansåg att läkaren borde ta kontakt. Andelen tveksamma i Sverige var även i detta fall störst i gruppen läkarstuderande.

#### »Känns dumt att oroas»

Var fjärde svarande gav i den svenska delstudien kommentarer till detta fall, vilket är dubbelt så vanligt som i de två andra fallen. Några exempel:

»ja, eftersom det finns en botande behandling i detta fall, om det inte funnits ett behandlingsalternativ skulle jag inte tagit kontakt, men bevakat hennes namn/personnummer» (L),

»detta etiska, svåra problem måste man väl ha tänkt igenom innan man sätter igång studien?» (L),

»om kvinnan själv väljer att testa sig för ev. ärftlighet för bröstcancer så skall hon få svar – här är det mer tveksamt eftersom hon inte själv bett om detta svar» (LS),

»känns dumt att oroas kvinnan, men samtidigt är det bra för kvinnan att veta... jag lutar åt ja» (LS),

»tänk om proven visat fel, ska den 20-åriga kvinnan gå i onödan och vara orolig» (A),

»skulle själv bli väldigt tacksam om jag på detta sätt fick reda på att jag eventuellt skulle få cancer och kanske kunna få hjälp i tid» (A),

»tveksam, då jag själv är (tillsammans med mina barn) i en liknande situation. I dagsläget finns ju ej någon konkret åtgärd att vidtaga om man t ex skulle ha bröstcancer. Kanske bättre att ej oroas» (A).

#### Stor oenighet

Med undantag av det första fallet gäller alltså att det inom de olika grupperna råder stor oenighet. Vidare gäller att en mindre andel av läkarna anser att de skulle ingripa än andelen av allmänheten som anser att de borde ingripa. Läkarstuderande [4] är generellt mer tveksamma och i fallen med melanom och bröstcancer den grupp som är minst benägna att svara Ja.

#### Moralisk skyldighet ge hjälp vid trafikolyckan

Det första fallet upplevs inte som kontroversiellt av de svarande, och vi tolkar svaren så att skyldigheten att minska och förebygga lidande ges företräde i sammanhanget. Den eller de som skadats i olyckan kan vara i behov av omedelbar hjälp. Vad gäller deras självbestämmande kan samtycke rimligen presumeras. Risken att dottern kommer

för sent till tävlingen samt läkarens risk att själv skadas väger mindre tungt.

Även om det inte föreligger en juridisk skyldighet, så är det en moralisk skyldighet för läkare att stanna vid en olycksplats och försöka hjälpa till. Detta är en rimlig slutsats i det svenska rättssystemet. Den etiska kostnaden för läkaren skulle dock bli avsevärt större i ett annat rättssystem med andra regler om skadestånd vid eventuell felbehandling.

### **Konflikten svårare vid trolig hudcancer**

I fallet med den troliga hudcanceren blir den etiska konflikten mer problematisk. Oenigheten bland de svarande och den större andelen osäkra tyder på att det knappast finns något okontroversiellt svar.

Den grundläggande etiska konflikten står mellan å ena sidan skyldigheten att förebygga och minska lidande, vilket talar för att läkaren tar kontakt med kvinnan för att därmed bidra till tidig diagnos och behandling, och å andra sidan det intrång i kvinnans privatliv som detta medför [5].

Kvinnan kan också uppleva kontakten, att någon så direkt och på en buss kommenterar något i hennes utseende, som kränkande och besvärande. Hon är kanske redan väl medveten om sin hudförändring och har, efter moget övervägande, fattat beslut i frågan.

Läkaren har också rätt att beakta sitt egenintresse. Att ta kontakt med kvinnan skulle troligen innebära ett visst merarbete.

Det finns alltså argument både för och emot, men inga av dem tycks riktigt fälla avgörandet.

Frågan är om det finns något sätt att ta kontakt med kvinnan på bussen utan att kontakten upplevs som alltför påträngande. En av oss menar att en oförpliktande kommentar om t ex vädret skulle kunna vara ett sådant sätt och att man sedan, förutsatt att kvinnan inte är avvisande, kan presentera sig som läkare och med hänvisning till hudförändringen säga att hon gärna får ta kontakt. Den andre av oss menar att varje sådant försök till kontakt skulle vara ett alltför stort intrång i den personliga integriteten.

### **Väckte mycket starka känslor**

Fallet med bröstcanceren väckte mycket starka känslor hos de svarande, vilket visas genom antalet kommentarer.

Det enkla, men tyvärr inte helt relevanta, svaret är att forskaren aldrig skulle behöva hamna i denna situation. Antingen är provet anonymt eller så har den som lämnat provet, efter att ha bli-

vit informerad, givit sitt samtycke till testet. I det förra fallet ska det inte finnas något sätt att identifiera den berörda individen. I det andra fallet ska frågan om vilken information som ska återföras vara klar på förhand. Men nu sitter forskaren där med kunskapen och måste ta ställning. Detta är beklagligt och upprörande, men inte desto mindre ett faktum.

Huvudargumentet för att läkaren bör ta kontakt med kvinnan är att hon då genom regelbundna undersökningar tidigt kan hitta en eventuell tumör. Det finns dessutom möjlighet till profylaktisk operation. Information är också en förutsättning för att kvinnan ska kunna fatta ett välövervägt beslut i frågan [6]. Enligt detta synsätt är det avgörande för kvinnan att få informationen så att hon får en reell valmöjlighet.

Huvudargumentet emot att läkaren bör ta kontakt med kvinnan är att det inte tycks finnas något sätt att ta reda på om hon vill veta utan att samtidigt informera henne. Kunskapen kan vara svår att acceptera och innebära en livslång och kanske onödig oro. Även om risken är stor är det inte säkert att kvinnan får bröstcancer. Väljer kvinnan profylaktisk operation kan detta på olika sätt också vara traumatiserande och innebära lidande framgent. En etisk kostnad, som man inte kan bortse från, för läkaren/forskaren är risken att bli anmäld och fälld för otillbörligt och felaktigt nyttjande av blodprov.

### **Fel hur läkaren än väljer att agera**

Om vår önskan att slippa hamna i den här aktuella situationen inte blir bönhörd och vi två författare tvingas att välja, så är den andre av oss något mer benägen att ingripa, den ene mer tveksam och benägen att avstå.

Enligt vår uppfattning ställs läkaren i detta fall inte bara inför en etisk konflikt utan också ett etiskt dilemma. Det finns så tungt vägande argument både för och emot att ta kontakt med kvinnan, att det tycks bli fel hur läkaren än väljer att agera.

### **Olikheterna kan bero på kulturella skillnader**

Studien ger inga direkta svar på varför dessa olikheter i synsätt föreligger, men vi vill ändå försöka peka på några möjliga förklaringsfaktorer.

Det finns i alla tre fallen, men mest tydligt i fallen med hudcancer och bröstcancer, en skiljelinje mellan å ena sidan Danmark och Sverige och å andra sidan Slovenien och Österrike. Detta gäller för såväl läkare som läkarstuderande och allmänhet. Vi menar att detta kan bero på kulturella skillnader – läkaren upplever sin roll olika och allmän-

heten har skilda förväntningar på vad läkaren bör göra.

Allmänhetens förväntningar på vad läkaren i den givna situationen bör göra är större än vad läkaren själv anser att hon eller han skulle göra. Detta tror vi delvis kan förklaras med sättet att ställa frågan: »bör» respektive »skulle». Om läkarna också fått frågan om vad de ansåg att de borde göra i den givna situationen, så hade kanske deras svar fördelat sig annorlunda.

Skillnaderna mellan läkare och allmänhet tror vi också kan bero på att läkaren genom sitt professionella förhållningssätt överväger både fördelar och nackdelar med ett visst agerande. Allmänheten däremot gör inte i lika stor utsträckning denna avvägning mellan för- och nackdelar.

De läkarstuderandes tveksamhet kan troligen förklaras med att de har en del av det professionella förhållningssättet men samtidigt saknar klinisk erfarenhet.

### **Referenser**

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics, 4th ed. New York. Oxford University Press, 1994.
2. Zwitter M, Nilstun T, Knudsen LE, Zakotnik B, Klockner J, Bremberg S et al. Professional and public attitudes towards unsolicited medical intervention. *BMJ* 1999; 318: 251-3.
3. Knudsen LE, Frenzt G. Uopfordret laegelig indgripen. *Ugeskr Laeger* 1998; 160: 4901-5.
4. Holm U. Handledning i empati – nödvändig tidigt i utbildningen framför allt för manliga läkarstuderande. *Läkartidningen* 1997; 94: 1393-7.
5. Moseley R. Excuse me, but you have a melanoma on your neck! Unsolicited medical opinions. *J Med Philos* 1985; 10: 163-70.
6. Lerman C, Narod S, Schulman K, Hughes C, Gomez-Caminera A, Bonney G et al. BRCA1. Testing in families with hereditary breast-ovarian cancer. *JAMA* 1996; 275: 1885-92.