

# Patientens rätt och läkarens professionella självständighet

## Några tankar om prioriteringar och val av behandling

Läkare har tidigare haft stor frihet att bestämma vilken behandling som ska ges. Den professionella friheten har nu minskat. Läkaren kan inte längre arbeta enbart enligt Genève-deklarationens motto »the health of my patient will be my first consideration« utan måste ta hänsyn till att det kan skada andra patienter om alltför mycket resurser satsas på en enda patient. Patientens rätt att välja minskar därmed också. Det är ett gemensamt ansvar för läkare, patienter och politiker att finna lösningar på de problem som uppstår när prioriteringar måste göras.

**Författare:** BO S LINDBERG  
docent, överläkare, Malma Ringväg  
41A, Uppsala  
(bo\_lindberg40@hotmail.com)

Artikeln bygger på en avskedsföreläsning i anslutning till att författaren avgick som chefläkare vid Akademiska sjukhuset i Uppsala.

II Läkarens professionella roll och patientens ställning har ändrats på relativt kort tid. Enligt Hippokrates läkared ska en läkare svära att »efter förmåga och omdöme följa den behandling som jag anser gagnar bäst för mina patienter«. 1948 antog World Medical Association Genève-deklarationen, som ligger i linje med Hippokrates ed. Där står »the health of my patient will be my first consideration«.

När jag började arbeta som läkare på 1960-talet var det en självklarhet att läkaren bestämde vad som skulle göras med en patient, och varken patient eller samhälle hade egentligen något inflytande. Samhällsandan var sådan att patienterna utan vidare accepterade vad doktorn bestämde, och patienterna litade förmodligen också på att doktorn hade patienternas bästa i åtanke. Man litade på läkarnas professionella ansvar.

Det som utmärker en profession är att den besitter en kunskap som är unik för professionen och som inte andra har. För detta krävs lång utbildning och träning. Mandatet för professionen bygger på regler som samhället ställt upp, på legi-

timation eller andra former av godkännande [1]. Inom de ramarna är medlemmarna av en profession fria att arbeta. Inga andra än medlemmarna av professionen har tillräckliga ämneskunskaper för att kunna bedöma vad som är rätt eller fel professionellt.

### Läkarens två roller

Läkaren har två roller. Den första hörs av benämningen »läkare« eller på engelska »healer«, en som läker eller helar det som är sjukt. Den rollen härstammar från Hippokrates och har levt vidare i västerländsk läkartradition i över två tusen år.

Den andra rollen förknippas med läkaren som professionell. Den har vuxit fram ur universiteten och har en bas i den kunskap som vetenskapssamhället med stor möda kommit fram till.

En god läkare är både healer och professionell. Många människor och även en del doktorer tycker att det räcker om en läkare är en god läkare, det vill säga en god healer, som inte behöver bry sig om vetenskap och beprövad erfarenhet, huvudsaken är att patienterna är nöjda. Sådana läkare skiljer sig inte så mycket ifrån häxdoktorer eller kloka gummor. De kan säkert göra gott för enskilda patienter, men de för inte medicinen framåt. Människor behöver läkare som är healers, men healingdelen av läkarrollen måste inrangeras i ett professionellt förhållningssätt.

### Den professionella friheten

Med den frihet som en profession åtnjuter följer också en skyldighet att själv se till att utövarna håller en tillräckligt hög standard [2]. Den professionella friheten har givits med den underförstådda förut-

sättningen att medlemmarna av professionen sätter patientens och samhällets intressen före sina egna och att professionen styrs av etiska regler [3, 4]. Det finns en viss tveksamhet bland allmänheten om läkarkåren levt upp till kraven på självreglering på ett ansvarsfullt sätt. Jag anser att läkare har en moralisk skyldighet att ingripa om de märker att en kollega blir ett hot mot patienternas säkerhet.

Ett status som professionell är inget medfött privilegium, utan det tilldelas av samhället och bygger på förtroende. Förutsättningarna för läkarens professionella frihet har ändrats på senare tid. Förre avgjorde professorerna och lasarettsläkarna själva vad som var rätt eller fel och vad som skulle göras.

För den enskilde läkaren betydde den professionella självständigheten en frihet att utan yttre restriktioner sätta diagnos och avgöra vilken behandling som skulle ges. För läkarna kollektivt betydde det att den medicinska professionen själv avgjorde vad som var adekvat standard.

Det här har ändrats. Lex Maria medförde att varje läkare fick vara beredd att svara för sitt handlande i efterhand om någon patient skadats eller dött på grund av vården. Men fortfarande långt in på 1970-talet bestämde ändå professionen helt själv vad som var adekvat medicinsk standard utgående från vetenskap och beprövad erfarenhet.

Den medicinska utvecklingen har medfört att förutsättningarna för den professionella friheten blivit så annorlunda numera. Kunskapsmassan är så stor att ingen läkare längre kan vara expert annat än inom ett mycket begränsat område, samtidigt som patienterna själva kan hämta så oerhört mycket information från Internet, men det är viktigt att komma ihåg skillnaden mellan information och kunskap. För att informationen ska omvandlas till kunskap måste den integreras till en helhet som blir meningsfull för patienten. Där har läkaren en roll som säkert kommer att bestå.

Respekten för läkarens professionella självständighet var inte en förmånsrätt för doktorn utan för patienten. Det var bra för patienten att veta att han blev behandlad av en läkare som var i en sådan

trygg position att han kunde handla efter den professionella standarden och inte påverkades av andra hänsyn än patientens bästa. Professionell klinisk självständighet var ett gemensamt privilegium för läkare och patient. Läkaren hade en frihet att arbeta utan att staten, landstinget eller sjukhuset kunde lägga sig i vad som gjordes så länge man höll sig inom vad som betraktades vara accepterad medicinsk standard.

Patientens rätt att bestämma om han eller hon vill vara med om en viss åtgärd begränsar läkarens professionella autonomi. Att patienten har rätt att vägra en behandling är en självklarhet.

Tills ganska nyligen var det bara prestationer under en viss medicinsk standardnivå som ansågs vara ett problem. Den läkare som systematiskt skickade sina patienter till alla möjliga undersökningar för säkerhets skull klandrades inte, vare sig undersökningarna företogs för att skydda läkaren mot anmälningar eller gjordes för att ge maximal säkerhet.

Nu när pengarna inte räcker har det blivit allt tydligare att en god professionell standard inte omfattar onödiga eller meningslösa åtgärder. Att göra mer än vad som krävs för acceptabel medicinsk standard är inte längre en ensak för patienten och läkaren.

### Hänsyn till »de ovärdade«

Läkarens skyldighet att inrikta sig på den enskildes bästa kommer numera ibland i konflikt med andras bästa. Det som är bäst för en patient kan vara en nackdel för andra patienter när resurserna är begränsade. Patienter som inte kommit in i vårdapparaten, de som Gösta Tibblin kallade »de ovärdade«, kan lida skada om för mycket av resurserna satsas på den patient som jag just nu har framför mig. Man måste fundera över om de patienter och patientföreningar som skriker högst och är bäst på att framföra sina argument också är de som har de största behoven. Och även när patienten betalar själv krävs det personalresurser som skulle kunna användas bättre.

Det finns olika sätt att få läkarna att använda resurserna på bästa sättet, till exempel genom SBU-rapporter och vårdprogram. En del läkare har reagerat mot sådana riktlinjer som man menar hotar den professionella självständigheten. Jag tycker inte att kritiken är relevant. Sådana riktlinjer ska ju just motsvara vad som är god professionell standard. Det betyder naturligtvis inte att det bara finns ett sätt att handla.

### Prioriteringar behövs

Det finns flera faktorer som påverkar utvecklingen inom sjukvården. De medicinska framstegen och kraven som en

åldrande befolkning ställer på medicinsk service har gjort behovet av prioriteringar tydligt.

Behovet av prioriteringar leder till konsekvenser för patient-läkarrelationen. En obegränsad rätt för patienterna till vård betyder begränsad möjlighet för andra eftersom ekonomiska och personella resurser förbrukas. Det som står i Genève-deklarationen: »the health of my patient is my first consideration« gäller således inte längre.

- God medicinsk praxis innebär att det som inte tjänar något nyttigt ändamål inte ska göras. Så kallad defensiv medicin är inte god medicinsk praxis.

- I god professionell läkarstandard ingår inte meningslösa utredningar och behandlingar.

- Det ska alltid finnas en rimlig proportion mellan fördelarna med en åtgärd och risker och kostnader.

- Medicinska åtgärder ska inte vidtas för tillstånd som det inte finns någon medicinsk lösning för. Det är inte sjukvårdens uppgift att ta ansvar för sådana existentiella problem som varje människa möter i sitt liv.

### Kostnader och nytta

World Medical Association reviderade sina läkaretsiska regler 1986. Då tillkom att läkarna måste ta hänsyn till kostnaderna när de bedömer nyttan. Om det finns flera behandlingsalternativ som är ungefär lika effektiva, ska läkaren ta hänsyn till kostnaden.

Men det är inte alltid det finns alternativ till en behandling. Ska läkaren ändå ta hänsyn till ekonomin och avstå från mycket dyra åtgärder? Eller med andra ord: Ska också tredje parts intressen vara avgörande och inte bara den enskilda patientens väl? I den professionella självständigheten har tidigare inte ingått att så tydligt behöva balansera en patients intressen mot tredje man eller samhället. Det som har kommit till är de många dyra, avancerade och effektiva behandlingarna.

Läkarrollen har förändrats när läkaren måste ta andra hänsyn än att bara se till sin egen patients bästa. Förutsättningarna för läkarens professionella självständighet har därmed ändrats.

En viktig fråga att diskutera är hur ansvaret för kvaliteten och innehållet i vården kommer att påverkas när doktorn kanske inte kan erbjuda det bästa alternativet, utan bara det näst bästa eller kanske inte ens det. Socialstyrelsens tillsyn måste ta hänsyn till hur realistiska förutsättningar en enskild läkare har att påverka kvaliteten i vården, och vad som kan erbjudas en patient. Många läkare känner med rätta att de kommer i kläm. När det inte finns någon säng att lägga en

patient i kommer det att hända då och då att en patient skickas hem och dör. I efterhand är det lätt att säga att någon gjort ett fel. Den läkare som står i första linjen riskerar alltid att råka mest illa ut. Den som aldrig gör några fel gör förmodligen inget annat heller.

### Delat ansvar

Svårigheterna att prioritera rätt blir större när det inte finns tid och plats för alla patienter. Läkaren ska då inte ensam behöva vara ansvarig när en patient skadas. Eftersom en enskild läkare inte kan påverka resurserna måste politikerna dela ansvaret. Ansvaret gäller inte bara ekonomin utan naturligtvis också vad som ingår i den vård som medborgarna erbjuds. Det går inte att lova mer än vad som kan hållas. Det är viktigt att budskapet är tydligt – att det inte går att ge den absolut bästa vården åt alla alltid. Då bör man samtidigt komma ihåg att det på sätt och vis aldrig varit så bra som nu. Aldrig har vi kunnat göra så mycket för patienterna och aldrig förr har så många fått god vård. Problemet är bara att det inte räcker, eftersom behovet är så stort och efterfrågan närmast är oändlig.

Vi har nu kommit till en punkt där det inte bara är den medicinska professionen som avgör vad som ingår i acceptabel standard som det var förr.

### Faktorer för framgång

Den nya patientrollen och de nya förutsättningarna för den medicinska professionen kommer att ändra läkarens arbete. För att läkaren ska kunna nå framgång i sitt arbete måste några krav uppfyllas [5]:

- För det första måste doktorn ha en hög etisk standard i enlighet med kraven från Hippokrates tid. Etiska principer har blivit ännu viktigare när behandlingarna blivit mera komplicerade.

- För det andra krävs kontinuerlig professionell utveckling, som är något mera än bara en kontinuerlig medicinsk utbildning för att hänga med den tekniska utvecklingen.

- För det tredje måste doktorn kunna arbeta i team. Den engelske 1600-talsförfattaren John Donne skrev: «No man is an island, entire of himself»; det gäller nu mer än någonsin.

- För det fjärde måste doktorn också beakta det som främjar hälsa. Doktorn kan inte längre bara ägna sig åt att reparera skadorna utan också utnyttja sin kunskap och patienternas förtroende till att främja hälsa.

- För det femte måste arbetet vara patientfokuserat. Sjukvården är till för patienterna, inte för personalen. Det ligger en stor kraft i patientfokuseringen om den genomförs allt vi gör.

- För det sjätte måste vi alla ägna oss åt evidensbaserad medicin. Vi måste tåla att kvaliteten på vårt arbete granskas av utomstående och vara öppna för insyn.

- För det sjunde måste målet för vår verksamhet göras klart, vilket uppdrag vi har, och vad vi ska koncentrera oss på.

- För det åttonde måste en läkare arbeta för utveckling och förbättring genom att tillgodogöra sig forskningsresultat. Alla måste inte vara forskare, men däremot gäller för alla att vara öppna för en ständig förbättring av verksamheten.

- Som nionde och sista punkt kommer förmågan att kommunicera. Av de klagomål som riktas mot läkare är problem med bristande kommunikation i patient-läkarrelationen det absolut vanligaste. Kommunikation är en tvåvägsprocess och få är naturbegåvningar, men ser man bara problemen och inte tror att det räcker med att vara en tekniskt skicklig doktor kan man lära sig och bli bättre på området. Var och en måste sträva efter att vara både healer och professionell. Arbetsgivare bör ge ett ordentligt ekonomiskt stöd för utbildning så att läkarna kan svara mot de krav patienterna har på en välfungerade patient-läkarrelation.

## Rättigheter och skyldigheter

Grunden för den moderna läkarrollen är inte en nedärvd auktoritet utan kunskaper och förmåga att kommunicera med människor. Framtidens patienter förväntas inte bara samtycka efter att ha fått information utan önskar också vara med och fatta beslut. Det är en rättighet som är inskriven i Hälso- och sjukvårdslagen. Men det finns inga rättigheter utan att det samtidigt finns skyldigheter.

Läkaren har en skyldighet att se till att organisationen är effektiv och att pengarna används på ett sådant sätt att de kommer till bästa nytta för verksamheten.

Läkaren har också en skyldighet att skapa goda patientrelationer genom en professionell hållning i sitt arbete, att visa medmänsklighet och empati. Professionell hållning är en strävan att styras av det som gagnar patienten och inte av egna behov och känslor [6].

Läkare måste också tänka på sitt ansvar som förebild. Det är i vardagsarbetet yngre medarbetare kan se om läkaren är en god läkare som har en genomtänkt professionell hållning och som visar sina patienter empati och medmänsklighet. Vad man gör och hur man gör det spelar större roll än vad man säger.

Men patientens rättigheter är också kopplade till skyldigheter. Patienten har en skyldighet att utifrån sin förmåga bidra till att vården blir så effektiv och god som möjligt. Dit hör att ge doktorn all information som behövs, att fråga om det

som är oklart, att följa ordinationer och rapportera biverkningar, att ta hänsyn till andra patienter och att respektera att sjukare patienter prioriteras. Patienten bör visa respekt för personalen. Patienten måste också ta ansvar för sin egen hälsa – men det är inte vår uppgift att straffa patienterna för deras livsstil.

## Gemensamt ansvar för en god vård

Jag önskar att patienter, politiker, tjänstemän och representanter för den medicinska professionen gemensamt kunde utarbeta lösningar inriktade på att ge patienterna en så god vård som möjligt. Patienter blir vi alla och vi är alla medborgare i samma samhälle, politikerna representerar patienterna, men är också arbetsgivare med ansvar för sina anställda.

Tillsammans måste vi se till att resurserna fördelas rättvist efter behov, och tillsammans måste vi acceptera den medicinska professionens stora svårigheter att prioritera bland enskilda patienter när resurserna inte räcker.

## Referenser

1. Elliot P. The sociology of the professions. London: MacMillan, 1972.
2. Irvine D. The performance of doctors. I. Professionalism and self regulation in a changing world. *BMJ* 1997; 314: 1540-2.
3. Irvine D. The performance of doctors. II. Maintaining good practice, protecting patients from poor performance. *BMJ* 1997; 314: 1613-5.
4. Cruess SR, Cruess RL. Professionalism must be taught. *BMJ* 1997; 315: 1674-7.
5. Calman K. The profession of medicine. *BMJ* 1994; 309: 1140-3.
6. Holm U. Det räcker inte att vara snäll. Stockholm: Natur och Kultur, 1995.

## Medicinska åtgärder utan bevisat värde



Koppning och åderlätning är två åtgärder med tveksamt medicinskt värde. Illustrationen »Kopster» från 1695 är utlånad av Medicinhistoriska museet, Stockholm.

## Inbjudan till skribenter att komma med bidrag

Utvärdering av behandlingar, diagnostiska metoder, och läkemedel intar en central plats i den medicinska litteraturen och debatten. Bevisbördan avseende effektivitet och säkerhet har successivt ökat men denna skärpta granskning gäller oftast ej redan etablerade metoder. Det leder ibland till att behandlingsformer och diagnostiska tekniker med tveksamt värde fortsätter att användas även när mer effektiva alternativ finns.

Har Du i Din verksamhet stött på medicinska åtgärder vars värde är tveksamt eller rent av helt obevisat och som Du inte tycker borde fortsätta att användas? Vi publicerar gärna Ditt inlägg, utformat enligt följande riktlinjer:

Du kan skriva om en terapi, diagnostisk metod, läkemedel, eller sjukvårdsrutin. Bidraget bör vara utformat som en kort vetenskaplig artikel med referenser som klart stödjer slutsatserna.

Lämpligt omfång är 800 ord och fem referenser, bifoga gärna en bild eller figur. Artikeln får ej överstiga 1 000 ord, referenserna inräknade.

Välkommen med ditt bidrag!

Josef Milerad medicinsk redaktör  
josef.milerad@lakartidningen.se

Jan Lind debattredaktör  
debatt@lakartidningen.se