

# Kollektiva etiska regler ingenting för svenska doktorer

Först 1951 antog den svenska läkarkåren motvilligt en codex ethicus

De sedan slutet av 1800-talet och fram till 1900-talets mitt återkommande diskussionerna om huruvida svenska läkare behövde etiska regler eller ej exemplifierar vedermodorna med att formulera – och i praktiken efterleva – de krav som bör ställas på en äkta och god läkare.

MOTZI EKLÖF

fil dr, institutionen för idrott och hälsa, Örebro universitet  
(motzi.eklof@ioh.oru.se)

■ Att den svenska läkareden avskaffades år 1887 genom riksdagsbeslut sörjdes vid den tiden inte av Svenska Läkaresällskapet. Även därefter var tongivande svenska läkare under lång tid mycket motvilliga mot att anta regler för sin verksamhet. En immanent god läkar-etik, förmedlad från far till son och från lärare till elev, var i stället det önskvärda tillståndet. Detta ideal kunde också hävdas så länge läkarkåren huvudsakligen bestod av ett relativt ringa antal svenska män av känd härkomst.

Kring 1900-talets mitt ansågs det emellertid nödvändigt med formella och kollektiva etiska regler, med hänvisning till både läkarkårens och samhällets förändring. Ett viktigt syfte med den codex ethicus som till slut antogs år 1951 var att betona vikten av läkarkårens kollegiala sammanhållning. Dessa förhållningsregler riktades inte minst mot nya tiders läkare, som hade en annan nationell och social bakgrund.

De sedan slutet av 1800-talet och fram till 1900-talets mitt återkommande diskussionerna om huruvida svenska läkare behövde etiska regler eller ej exemplifierar vedermodorna med att formulera – och i praktiken efterleva – de krav som bör ställas på en äkta och god läkare [1].

## Kollegial etik

Ett viktigt kriterium på en äkta profession anses vara just självformulerade etiska regler [2]. I detta sammanhang är

etiska regler vad läkare själva valt att benämna etiska regler. Olika länders läkarkårer har emellertid valt olika strategier för sina strävanden efter professionell legitimitet.

En avgörande anledning till att American Medical Association bildades 1846–1847 som den första nationella läkarorganisationen, och då även antog etiska regler, var den konkurrens från så kallade »irregulars«, »empirics« och »quacks« som de »reguljära« läkarna var utsatta för, en annan var den medicinska utbildningens dåvarande (låga) standard. Reglerna fyllde en viktig funktion för att skilja de rätta läkarna från de andra, inte minst de som utövade en annan sorts medicin än de »ortodoxa« läkarna. Enighet i doktrin och praktik ansågs vara av största vikt.

Den etiska koden syftade också till att stadfästa att läkarens plikter gentemot patienter och allmänhet skulle återgäldas med motsvarande respekt och rättigheter. I konsekvens därmed innehöll koden även förhållningsregler för patienterna gentemot läkarna. Som patientens första plikt angavs att han skulle välja en läkare som hade fått en reguljär professionell utbildning [3]. Före år 1870 fick kvinnliga eller svarta läkare varken vara medlemmar av reguljära medicinska föreningar i Nordamerika eller konsulteras av kolleger, vilket även gällde läkare med »sektaristiska« preferenser. År 1924 införde AMA förbud för sina medlemmar att samarbeta med »cultists« som homeopater, och 1957 års reviderade version av koden, »Ten Principles«, varnade för samarbete med ovetenskapliga utövare av läkar-konsten [4].

## Trögt i portgången för Läkarförbundet

För den svenska läkarkåren var emellertid varken organisationerna i sig eller läkarens etiska regler en självklarhet. När läkare vid 1888 års läkarmöte beslöt att bilda en nationell läkarförening skedde detta med bara en rösts övervikt – 36 röster mot 35 – och det dröjde ytterligare fem år innan man kunde enas om föreningens stadgar. Men inte heller år 1893 räknas som det nuvarande Läkarförbundets födelseår. Det var först 1903 som Allmänna svenska läkarföreningen

## Tema: Läkaren en edsvuren man?

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

ombildades till en permanent centralförening för landets lokala läkarföreningar och enligt en senare analys blev »handlingsduglig« [5].

I samband med bildandet av såväl den nationella läkarföreningen som lokala läkarföreningar kring sekelskiftet 1900 fördes diskussioner om eventuella regler för läkarverksamheten. Ett ökat antal läkare, liksom åtföljande ökande konkurrens läkare emellan, ansågs medföra risk för bristande etik och moral inom kåren samt ett därmed förknippat sjunkande anseende. Att förhållningsregler skulle vara lösningen på det problemet, rådde emellertid ingen enighet om.

## Regler mer passande för vanartiga barn?

»Har verkligen den moraliska nivån bland Stockholms praktiserande läkare sjunkit så djupt, att när vi nu gå att antaga stadgar, dessa skola få ett utseende, som mera synes mig passa för en korrektionsanstalt för vanartiga barn än för medlemmen, som nått en mogen ålder och som, säga hvad man vill, i det stora hela åtnjuta ett berättigat anseende för ärlighet och ett troget arbete till den lidande mänsklighetens bästa ...« [6].

Det var Karl Malmsten, stadsdistriktsläkare i Stockholm, som hade synpunkter på det stadgeförslag som diskuterades i samband med bildandet av Stockholms läkareförening under 1800-talets sista år. De föreslagna paragraferna i stadgarna innebar att en medlem som kränkte hederns bud och därmed visade sig ovärdig den aktning en läkare borde åtnjuta, eller som i hög grad eller upprepade gånger bröt mot föreningens grundsatser eller stadgar, skulle kunna tilldelas varning eller uteslutas.

Även ett förslag till ett första regelverk för Sveriges läkare, »Grundsatser vid utövande af läkareverksamhet«, hade nämligen utarbetats av Bertil Buh-

re, sedermera Medicinalstyrelsens generaldirektör. Grundsatserna inleddes med rader om läkarens allmänna plikter, som att låta sig ledas av sann människokärlek och den upplysta forskningens samlade erfarenhet. Vidare stadgades bl a att läkare icke må samarbeta med homeopater och kvacksalvare. Trots att olika versioner av grundsatserna diskuterades i flera år antogs de inte. Förslaget beskrevs senare som »teoretiskt vanvettigt och praktiskt samhällsomstörtande« [7]. Däremot antogs stadgarna för föreningen efter det att formuleringarna mildrats något.

### Hedersdomstol i stället för etiska regler

I såväl Stockholms läkarförening som Sveriges läkarförbund fortsatte under 1920-talet diskussionerna om eventuella etiska regler. Den ena kommittén efter den andra fick i uppgift att utreda frågan och komma med förslag, och ärendet bollades mellan olika utredare. Samtliga initiativ slutade dock med att man fann det mindre lämpligt med kollektiva etiska regler. I stället föreslogs inrättande av förtroendenämnder på lokal nivå samt ett slags hedersdomstol, som skulle fungera som högsta instans för ärenden rörande läkarkårens etiska spörsmål.

En av utredarna bland Stockholmsläkarna, Emil Bovin, ansåg vid en internationell jämförelse att den ditillsvarande knappheten i de etiska skrivningarna för de svenska läkarföreningarna visade hur goda de interkollegiala relationerna fortfarande var inom »vårt gamla goda kulturland«, och hur litet behovet var av preciserade bestämmelser. Han ansåg det både obehövt och olämpligt att fastslå några etiska regler:

»Vår förening äger så många utmärkta och etiskt högt stående läkare, vilka utgöra föredöme för unga kamrater och vilka såsom skiljemän i en hedersdomstol för beivrande av brott mot medicinsk etik eller biläggande av kollegiala tvister kunna döma enligt beprövad livserfarenhet och fri övertygelse, obundna av preciserade etiska stadgar« [8].

Även professor Israel Hedenius pläderade för den informella men oavbrutna fostran för och inom kallet som läkaren måste underkasta sig för att utvecklas till en värdig medlem av »Esculapii internationella brödraskap« [9].

Så sent som år 1942 bordlades återigen ett förslag om att utforma en etisk kod. Det var andra gången på 18 år som den nu före detta provinsialläkaren N Adolf Lundh hade försökt få förbundet med sig i ärendet, dock utan att lyckas. Sammantaget ledde inga av alla enskilda eller kollektiva initiativ för etiska regler inom den svenska läkarkåren un-

## *Läkarreglernas utformning under århundradenas gång speglar inte bara den vetenskapliga medicinens framväxt och hälso- och sjukvårdens förändring, utan även de under skilda tider råddande läkaridealen och läkarkårens professionella strävanden.*

der 1900-talets första hälft till att några sådana regler fastställdes.

### Nya tider krävde ny organisation

Men vid 1900-talets mitt kunde Läkarförbundet inte längre motivera varför de svenska läkarna inte skulle ha några etiska regler. Vid den tiden var det allmänt känt vilka gärningar flera tyska läkare och forskare hade gjort sig skyldiga till särskilt under den nazistiska eran. Även några amerikanska skandaler från den medicinska forskningen hade bekantgjorts. Världsläkarförbundet hade antagit Genève-deklarationen 1948 och året därpå de internationella etikreglerna. Flera nationella läkarföreningar hade formulerat etiska regler eller reviderat äldre versioner.

Att även Sveriges läkarförbund åter väckte liv i frågan om en etisk kod hade emellertid även med den svenska läkarkårens inre angelägenheter att göra. Läkarkårens hade vuxit numerärt och blivit mer heterogen och med avseende på kön, nationalitet och socialt ursprung. Specialiseringen inom medicinen hade tilltagit. Medicinalstyrelsen och de folkvalda presenterade förslag på reformer som skulle förändra läkarens arbete på en rad punkter. Och i allmänhetens ögon sken inte längre läkarna som några »högtstående noli-me-tangere-fyrar«, som läkaren Håkan Nordlund formulerade det [10]. Motåtgärder efterlystes.

Under 1940-talet inleddes Läkarförbundets omgestaltning till en mer regelrätt fackförening. Medlemsantalet i förbundet stod på topp år 1950, då 96 procent av läkarna var medlemmar [11]. Läkarförbundets strävan att bli en kollektiv kraft var ett försök att dels visa styrka nog att hantera vad man ansåg vara interna angelägenheter, dels vara en ledande kraft på hälso- och sjukvårdens område.

Det var emellertid också viktigt att visa att det motstånd mot reformer som fanns inom kåren inte bara hade skrånade bevekelsegrunder. Genom att lyfta fram människokärleken och läkaryrkets tjänande natur betonade man de altruistiska idealen. Etiska regler blev en retorisk resurs i strävandena efter inflytande på hälso- och sjukvårdens område.

### De goda läkarna – och de andra

I maj 1950 presenterade lasarettsläkaren Sten von Stapelmohr, tidigare ledamot av Läkarförbundets centralstyrelse, sin utredning och förslag till etiska regler [12]. Han gav också en förklaring till varför sådana regler nu hade blivit aktuella. Sverige hade inte längre ett ringa antal läkare som i allmänhet kände varandra väl. Landet bestod inte längre av ett homogent folk, »uppfosttrade i samma fredliga anda med samma språk och med samma föräldrar, så att säga«. Nu hade över 300 läkare med utländsk härstamning kommit hit, och fler torde det bli om myndigheternas planer på läkarimport blev verklighet (von Stapelmohr tillhörde de läkare som på 1930- och 1940-talen hade protesterat mot att några judiska läkare skulle tas emot i Sverige) [13, 14]. Nu anförde han att oron i världen medfört att det kristna kärleksbudskapet och altruismen hade fått svårt att få gehör. von Stapelmohr ställde staten mot rätten och hävdade att läkarna önskade sätta rätt före stat, trots att det kunde innebära vissa nackdelar för dem.

Även Läkarförbundets ordförande Dag Knutson betonade att förslaget till en etisk kod hade tillkommit i känslan att de gamla traditionerna inte längre var tillräckligt starka, nu då läkarkårens storlek, sammansättning och ursprung hade förändrats. Med den etiska koden fästes trots allt de gamla traditionerna på papper och bevarades som ett rättesnöre för läkares allmänna handlande [15].

I Läkartidningen nr 1/1952 delgavs de svenska läkarna de efter smärre omarbetning godkända etiska reglerna, Codex Ethicus Medicorum Svecorum. De publicerades tillsammans med en appell för läkarens, »hans«, kamp för frihet [16]. Reglerna revideras något redan år 1968.

### Från individuell etik till kollektiv politik

Att det dröjde så länge innan den svenska läkarkåren – motvilligt – antog kollektiva etiska regler kan ses som ett av uttrycken för framträdande läkares motstånd mot läkarkårens kollektivisering och förvandling till ett vanligt yrke bland många andra. En individuell hög etisk nivå var av grundläggande betydelse för en självständig läkarkår värd högt anseende. Nödvändigheten av formali-

serade etiska regler betraktades däremot som tecken på en alltför splittrad kår bestående även av individer med tvivelaktig etisk hållning. Att framhäva en implicit och internaliserad etik låg i linje med betoning på läkarens verksamhet som ett högststående altruistiskt kall i mänsklighetens tjänst.

Fram emot 1900-talets mitt hade läget blivit ett annat. Den etiska koden blev då ett sätt att ena läkarkåren internt kring ett gemensamt regelverk, som också kunde visas upp inför allmänhet och statsmakter. Reglerna skulle manifesteras läkarkårens förmåga att styra sin egen verksamhet. Det faktum att etiska regler under så lång tid inte antogs, liksom att de till slut ändå antogs, kan i båda fallen betecknas som utslag av professionella taktiska hänsynstaganden och försök att skapa förtroende för läkarkåren och dess strävanden.

## Gränsdragande etiska regler

De svenska läkarreglerna fyllde på 1950-talet i viss mån samma gränsdragande funktion som den amerikanska motsvarigheten drygt hundra år tidigare. Den ideale – etiske – läkaren var fortfarande en gentemot sina »yrkesbröder« kollegial man av rätt ursprung och medveten om behovet av respekt och högt anseende. 1950-talets läkaretik (och -etikett) kolleger emellan syftade till att förstärka en kulturell värdegemenskap och markera denna gentemot den nya tidens läkare, som man uppfattade inte var lika drillade i dessa värderingar från barnsben.

Den sista paragrafen i reglerna talade också uttryckligen om att läkaren i sitt handlande skulle ta »all skälig hänsyn till sina yrkesbröders intressen och anseende« och icke fick förringa värdet av deras arbete.

Denna interkollegiala hänsynsplikt modifierades 1968 till att läkaren »utan att träda patientens intresse för när (skall) respektera sina kollegers arbete«.

Apropå regelförfattarens hänvisningar till det stora antalet utländska läkare som en bakgrund till behovet av etiska regler, innehöll dessa regler intressant nog en passus om att läkarens förhållande till *patienterna* inte skulle påverkas av ras, religionsbekännelse, politiska åsikter eller samhällsställning. I 1968 års läkarregler hade även nationalitet inbegripits i uppräknningen. Varken i 1951 års eller 1968 års version av läkarreglerna står dock något om att läkaren i sitt förhållande till patienterna inte skall låta sig påverkas av kön eller ålder.

## Dagens läkaretik

Läkaretiken, manifesterad i etiska koder formulerade av läkare själva, är sprung-

en ur andra samhälleliga omständigheter än den medicinska etiken, som huvudsakligen är inriktad på förhållanden inom forskning och klinisk praktik. Särskilt under efterkrigstiden har yrkesetiken respektive den medicinska etiken byggts på undan för undan med nya regelverk i två olika spår.

Utöver det faktum att läkarreglerna har reviderats och kompletterats, har även andra yrkesgrupper antagit etiska koder. Den medicinska etiken har reglerats än mer i detalj, och andra forskningsområden än de medicinska har också fått sina regler. En vårdetik har tillkommit. De olika regelverken har delvis olika talare, olika målgrupper och olika funktioner. Den medicinska etiken handlar idag framför allt om att försöka lösa konflikter mellan grundläggande etiska principer. Läkarreglerna, däremot, innehåller i likhet med andra yrkesetiska koder »knappast ens rudimenten till ett etiskt problemlösningsarbete« [17].

Läkarreglernas utformning under århundradenas gång speglar inte bara den vetenskapliga medicinens framväxt och hälso- och sjukvårdens förändring, utan även de under skilda tider rådande läkarideal och läkarkårens professionella strävanden. Normerna för den rätta medicinen, den gode läkaren och läkarkårens anspråk förändras med tiden.

## Gemensamma etiska regler inom vården?

Under de senaste decennierna har intresset för – och behovet av – en etisk diskussion rörande forskningens möjligheter och risker och hälso- och sjukvårdens utveckling ökat markant. Nyligen har Helsingforsdeklarationen rörande forskningsetik skrivits om. Som tidigare står läkares befogenheter och skyldigheter i centrum för uppmärksamheten. Det har varit på tal att en ny variant av läkared, som innebär personliga löften om att uppfylla läkarens förpliktelser, skall återinföras i Sverige.

Även behovet av en reviderad version av läkarreglerna diskuteras. Bl a har kvinnliga läkare invänt mot att »läkaren« i reglerna fortfarande förutsätts vara en man. Det ökande multiprofessionella samarbetet inom hälso- och sjukvården har också väckt frågan om det inte är dags för etiska regler inom vård och medicin som är gemensamma för alla yrkesgrupper [18].

Spänningsfältet mellan en personlig och immanent etik och moral kontra formella regler består. Det gäller även konflikten i rivaliserande intressen mellan hänsyn till kolleger inom yrkesgruppen, patienter och samhällsintressen i ett bredare perspektiv.

Att formulera och efterleva regler som binder ihop allt detta till ett i praktiken fungerande moraliskt förhållningsätt kräver fortfarande sin »man« – som numera emellertid lika gärna kan vara en kvinna.

## Referenser

- Eklöf M. Läkarens ethos. Studier i den svenska läkarkårens identiteter, intressen och ideal 1890–1960 [dissertation]. Linköping: Linköpings universitet; 2000.
- Nilsson I. Om läkarens yrke. Socialmedicinsk Tidskrift 1988;65:310-5.
- American Medical Association. Original Code of Ethics 1847. In: Baker R, editor. Philosophy and medicine, vol 49. The codification of medical morality. Volume two: Anglo-American medical ethics and medical jurisprudence in the nineteenth century. Dordrecht: Kluwer; 1995.
- Veatch RM. Medical codes and oaths. In: Reich WT, editor. Encyclopedia of bioethics. New York: Simon & Schuster and Prentice Hall International; 1995: p 1419-35.
- Läkarförbundet jubilerar. Läkartidningen 1978;75:1986-7.
- Stockholms läkareförtecknings protokoll år 1899 samt bilaga 60. Stockholms läkarförnings arkiv.
- Kjerrulf H. Bör Sveriges läkarförbund nu upptaga frågan om en s k codex ethicus? Svenska läkartidningen 1924;21:665-70.
- Stockholms läkareförenings protokoll 1927. Protokoll vid styrelsens sammanträde den 9 maj 1927 A42 §9 samt bilaga. Stockholms läkarförnings arkiv.
- Hedenius I. En läkares fostran till och i sitt kall. Svenska läkartidningen 1928;25:857-71.
- Nordlund H. Vad kan svaras på frågan, huruvida och i vad mån Sveriges Läkarförbund varit till nytta för Sveriges läkare? Svenska läkartidningen 1933;30:513.
- Garpenby P. The state and the medical profession. A cross-national comparison of the health policy arena in the United Kingdom and Sweden 1945–1985 [dissertation]. Linköping: Linköpings universitet; 1989.
- von Stapelmohr S. Till frågan om en codex ethicus (CE) för läkarna. Ett PM för dess lösnande. Svenska läkartidningen 1950; 47: 2461-513.
- Käärik U. »Läkarimporten« återkommande debattämne på 1930-talet. Överskott på läkare främsta motivet för svenskt motstånd. Läkartidningen 1999;96:5114-8.
- Högberg U. Förtroendevalda läkares medlemskap i föreningar associerade till Tredje Riket. Läkartidningen 2000; 97: 3306-8.
- Förslaget till en för läkarkåren gällande Codex Ethicus. Diskussionen vid 25:e Allmänna svenska läkarmötet. Svenska läkartidningen 1950;47:2581-9.
- Codex Ethicus Medicorum Svecorum. Svenska läkartidningen 1952;49:1-3.
- Nordenfelt L. Hälsa och värde: Studier i hälso- och sjukvårdens teori och etik. Stockholm: Thales; 1991: p 166.
- Hurwitz B, Richardson R. Swearing to care. The resurgence in medical oaths. BMJ 1997;315:1671-4.