

**Anders Ågård**, specialistläkare, doktorand i medicinsk etik, verksamhetsområdet för medicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg (*anders.s.agard@vgregion.se*)

**Tore Nilstun**, docent, enheten för medicinsk etik, Lunds Universitet

**Rurik Löfmark**, överläkare, med dr, medicinkliniken, Länssjukhuset, Gävle

## Etik i sjukvårdens vardag

# Dialogen är läkarens viktigaste redskap

■ Parallellt med demokratiseringen av patient–läkarrelationen har också intresset för kommunikationen mellan de berörda parterna ökat [1]. Denna kommunikation utgör själva fundamentet för autonomiprincipen, dvs läkarens skyldighet att respektera rätten till självbestämmande. Men debatten kring och studierna av hur autonomiprincipen tillämpas i praktiken har i alltför stor utsträckning fokuserat läkarens skyldighet att inhämta och överföra information och patientens rätt att själv bestämma. Diskussionen borde också gälla vad som är adekvat information samt hur dialogen bör hanteras. Utgångspunkten för denna artikel är således inte om patienten ska involveras i samtal om diagnos, prognos och möjlig behandling utan snarare hur detta kan och bör ske [2].

### Adekvat information

I detta sammanhang kan adekvat information sägas vara »den information som patienten kan och vill hantera«. Härav följer också att mer information inte är detsamma som bättre information. För att kunna ge patienten adekvat information krävs tid, och tid är en bristvara i dagens sjukvård. Men patienten behöver alltid tid; tid för ställa frågor, tid för att fundera, tid för att förstå, tid för att känna och reflektera och tid för att acceptera. Att ge patienten tid för upprepad dialog är ett sätt att ta patienten på allvar.

För att på ett meningsfullt sätt kunna diskutera frågor som rör eventuella behandlingsinskränkningar måste patienten ha en någorlunda realistisk syn på sin sjukdom och syftet med den behandling som erbjuds. Patientens uppfattning om detta är viktig att känna till. Även om de flesta patienter känner och förstår att livet börjar gå mot sitt slut händer det att patienter med svåra kroniska sjukdomar blir både förvånade och förtvivalade när läkaren berättar att ytterligare behandling knappast kan återställa hälsan. Studier har visat att patienter tenderar att överskatta behandlingsresultat vid t ex hjärt–lung–räddning [3, 4].

Patienter med orealistiska förhoppningar kan gå miste om möjligheterna att ta avsked av sina anhöriga och vänner, att slutföra vissa projekt, att lösa olika juridiska och ekonomiska frågor.

Men det finns också patienter som vill vara »lyckligt ovetande« och slippa oron för framtiden. Vissa föredrar att leva i nuet och att ta dagen som den kommer och har av denna an-

### SAMMANFATTAT

Att respektera patientens rätt till självbestämmande är inte liktydigt med att patienten ensam ansvarar för beslutet. Det är frågan om att kunna föra en dialog, snarare än att låta patienten själv besluta.

I svåra situationer handlar det i regel om att hitta balansen mellan att respektera patientens rätt till självbestämmande och att ta sitt yrkesmässiga ansvar med patientens bästa för ögonen.

Genom att behärska konsten att samtala med patienten har läkaren kanske det viktigaste redskapet i sin hand för att kunna hantera vardagsetiska problem i vården.

ledning inget intresse av att få kunskap om diagnos och prognos.

### Rätt till information

Patienten har rätt att få vetskap om sitt tillstånd men har också rätt att slippa veta, vilket innebär att patienten inte ska påtvingas oönskad information. Det handlar om att hitta balansen mellan att ge patienten möjlighet att få en realistisk bild av sitt sjukdomstillstånd och att få ha kvar sina förhoppningar, även om dessa uppfattas som orealistiska. Att man alltid ska tala sanning är alltså inte detsamma som att man måste informera patienten om allt man vet. Det råder vanligen heller inget motsatsförhållande mellan sanning och hopp [5]. Även om prognosen är dålig bör patienten bli förvissad om att det finns mycket stöd som sjukvården kan ge för att möjliggöra en meningsfull sista tid.

Allmänt gäller att läkaren ska anpassa informationen till patientens önskemål och förmåga att förstå samt till patientens reaktioner under samtalet. Det gäller med andra ord att »känna av« hur patienten tar emot informationen genom att fånga upp både verbala och icke-verbala reaktioner. Genom att utgå ifrån patientens kunskapsnivå, behov och känslomässiga reaktioner kan läkaren få vägledning beträffande vad pa-

*Patienten ska inte påtvingas önskad information. Det gäller att vara observant och rätt uppfatta patientens både verbala och icke-verbala reaktioner. Personen på bilden har inte något samband med artikeltexten.*

tienten bör informeras om och hur informationen bör ges.

### Kan för mycket information skada patienten?

Läkaren vill t ex inte orsaka oro och ångest hos patienten. Samma argument har använts för att försvara att läkaren själv bör fatta vissa beslut om medicinska behandlingar eller åtgärder utan att patientens inställning efterfrågas. Upprepade studier har dock visat att rädslan för att skada patienten genom denna öppenhet till mycket stor del är obefogad [2, 6, 7].

### Delaktighet i beslut

Patienter önskar i varierande grad och omfattning delta i medicinska beslut. Det kan även förhålla sig så att patienten önskar bli välinformerad utan att för den skull vilja bli involverad i själva beslutsfattandet. Generellt sett förefaller det som om en majoritet, speciellt äldre patienter, faktiskt föredrar att överlåta till sin läkare att fatta beslutet [7-9]. Studier har också visat att personer med högre utbildning i större utsträckning säger att de vill vara delaktiga, liksom att kvinnor vill ta en mer aktiv roll i beslutsfattandet än män [10]. Det tycks vara så att intresset är stort för att få möjlighet att involveras i beslut som gäller t ex hjärt-lungräddning och annan livsuppehållande behandling i livets slutskede [11-13].

Beslutsunderlaget kan inte heller sägas vara tillräckligt förrän läkaren kan väga in patientens insikt om sin situation och förväntningarna på sitt liv. Detta kan illustreras av ett citat som är hämtat från en patient på en hjärtmottagning.

»Nuförtiden frågar läkarna ofta vad jag själv tycker. Det är väl bra på ett sätt, men jag tycker det är svårt att bestämma över saker jag inte vet något om. Det är ju trots allt så att man söker läkare för att få råd och hjälp av en som kan.«

För många patienter bör man därför eftersträva vad som kallas »gemensamt beslutsfattande« snarare än patientens självbestämmande. Patienten bör känna sig fri att fatta ett självständigt beslut. Att patienten ges möjlighet att fatta egna beslut är dock inte liktydigt med att ansvaret för beslutet läggs på patienten. Patienterna ska, om de så önskar, ges möjlighet att säga nej. Men de kan inte kräva en åtgärd som strider mot vetenskap och beprövad erfarenhet.

### Beslut om behandlingsinskränkning

Frågan om att avstå från eller avbryta en viss behandling aktualiseras oftast i samband med att patienten befinner sig i livets slutskede. Psykologiskt är det nog lättare för läkaren att initiera eller fortsätta med insatt behandling än att avstå från

eller avbryta en sådan. Genom att göra allt som står till buds för att förlänga patientens liv minskar risken för att bli anklagad eller anmäld. Intas en restriktiv hållning till utredning och behandling är det ofrånkomligt att det också kan uppkomma funderingar kring hur utfallet hade blivit om man valt en mer aktiv strategi. Det finns ju trots allt patienter som på ett mirakulöst sett blivit räddade till livet tack vare en behandling som man på förhand inte trodde skulle kunna påverka sjukdomens förlopp nämnvärt. Prognostisk bedömning som baseras på statistik och yrkeserfarenhet är en sak, hur den enskilde patienten i själva verket påverkas av behandlingen kan vara en helt annan.

Det går därför sällan att ange »medicinskt meningslös« som enda skäl till att man väljer att avstå från eller avbryta en behandling. Trots upprepade försök i litteraturen att ge begreppet »meningslöshet« en tydlig och användbar definition tvingas man konstatera att läkaren sällan eller aldrig enbart kan luta sig mot dessa tolkningar vid ett beslut som rör en enskild patient [14-16]. Det är svårt att specificera eller lista de olika medicinska tillstånd som motiverar att man avstår från eller avbryter en viss typ av behandling. Läkaren bör därför ta reda på patientens egen uppfattning om sin livskvalitet. Denna har en central betydelse för att avgöra om en behandling är meningsfull eller ej.

### Läkekonst och yrkesmässigt ansvar

I det yrkesmässiga ansvaret ligger att skapa ett tillräckligt och tydligt beslutsunderlag. Beslut baseras ju på olika föreställningar om diagnos och prognos, t ex hur lång den förväntade överlevnaden är med och utan en viss medicinsk intervention och hur stor risken med denna är i förhållande till nyttan.

Vi delar uppfattningen att läkaryrket bör betraktas som en »konstart« med både naturvetenskapliga och humanistiska inslag [17]. I läkekonsten ingår att kunna föra en dialog med patienter på ett respektfullt och tydligt sätt. En sådan kommunikation kan bidra till en mänskligare sjukvård och utgör samtidigt läkarens viktigaste redskap för att kunna hantera olika etiska problem inom vården. Man kan med fog påstå att »Good communication skill is the most powerful tool in solving ethical conflicts« [18].

### Referenser

1. Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine: A professional evolution. JAMA 1996;275:152-6.

2. Löfmark R, Nilstun T. Not if, but how: one way to talk with patients about forgoing life support. *Postgrad Med J* 2000;76:26-8.
3. Miller DL, Jahnigen DW, Gorbien MJ, Simbartl L. Cardiopulmonary resuscitation: How useful? Attitudes and knowledge of an elderly population. *Arch Intern Med* 1992;152:578-82.
4. Murphy DJ, Burrows D, Santilli S, Kemp AW, Tenner S, Kreling B, et al. The influence of the probability of survival on patients' preferences regarding cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med* 1994;330:545-9.
5. Beck-Friis B. Sanning och hopp utesluter inte varandra. *Läkartidningen* 1995;92:4596.
6. Stolman CJ, Gregory JJ, Dunn D, Levine JL. Evaluation of patient, physician, nurse, and family attitudes toward do not resuscitate orders. *Arch Intern Med* 1990;150:653-8.
7. Ågård A, Hermerén G, Herlitz J. Should cardiopulmonary resuscitation be performed on patients with heart failure? The role of the patient in the decision-making process. *J Intern Med* 2000;248:279-86.
8. Nease RF Jr, Brooks WB. Patient desire for information and decision making in health care decisions: The autonomy preference index and the health opinion survey. *J Gen Intern Med* 1995;10:593-600.
9. Mansell D, Poses RM, Kazis I, Duefield CA. Clinical factors that influence patients' desire for participation in decision about illness. *Arch Intern Med* 2000;160:2991-6.
10. Arora NK, McHorney CA. Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate. *Med Care* 2000;38:335-41.
11. Lo B, McLeod GA, Saika G. Patients attitudes to discussing life-sustaining treatment. *Arch Intern Med* 1986;146:1613-5.
12. Kellogg FR, Crain M, Corwin J, Brickner PW. Life-sustaining interventions in frail elderly persons. Talking about choices. *Arch Intern Med* 1992;152:2317-20.
13. Ebell MH, Smith MA, Seifert KG, Porsinelli K. The do-not resuscitate order: outpatients preferences and decision-making. *J Fam Pract* 1990;31:630-6.
14. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: Its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med* 1990;112:949-54.
15. Waisel DB, Truog RD. The cardiopulmonary resuscitation-not-indicated order: Futility revisited. *Ann Intern Med* 1995;122:304-8.
16. Löfmark R, Nilstun T. Conditions and consequences of medical futility – from a literature review to a clinical model. *J Med Ethics* (in press).
17. Stolt CM. Konst, vetenskap och hantverk är läkaryrkets hörnstenar. *Läkartidningen* 2000;97:86-7.
18. Gilligan T, Raffin TA. Ethical issues of care in the intensive care unit. In: Brown DL, editor. *Cardiac intensive cardiac care*. Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokyo: WB Saunders company;1998:21.

## SUMMARY

Ethical problems in everyday care – the dialogue is the physician's most important tool

**Anders Ågård, Tore Nilstun, Rurik Löfmark**

*Läkartidningen* 2002;99:2171-3

The principle of autonomy brings questions about the dialogue between physicians and their patients in focus. The controversial issue is not if, but when and how to inform patients about their diagnosis, prognosis and treatment options. In difficult situations the main problem is to find a reasonable balance between respect for self-determination and the obligation of beneficence, i.e. the professional responsibility based on assessments of the patient's best interest. One important tool for dealing with this balance in everyday practice is the art of communication with the patient.

Correspondence: Anders Ågård, Dept of medicin, Sahlgrenska University Hospital, SE-413 45 Göteborg, Sweden (anders.s.agard@vgregion.se)

# Särtryck

## Läkartidningen

Vad är vetenskapsteori och vad kan medicinska forskare ha för nytta av sådan teori? Den biomedicinska forskningen vilar på en empirisk och positivistisk grund, men den kliniskt verksamma läkaren ställs allt oftare inför alternativa teoribildningar främst inom allmänmedicin, samhällsmedicin och psykiatri. I ett försök att orientera om den vetenskapsteoretiska diskussionen publicerade *Läkartidningen* under 1999 och våren 2000 elva artiklar om olika vetenskapsteoretiska resonemang. Dessa har samlats i ett häfte som kan beställas med kupongen nedan.

Priset är 70 kronor



## Vetenskapsteori

### Varför hoppas grodan?

Beställer härmed.....ex  
av "Vetenskapsteori"

.....  
namn

.....  
adress

.....  
postnummer

.....  
postadress

Insändes till **Läkartidningen**  
**Box 5603**  
**114 86 Stockholm**

**Faxnummer: 08-20 74 35**

**www.lakartidningen.se**  
under särtryck, böcker