

NÄR ETISKA REGLER DRAR ÅT OLIKA HÅLL

Ibland finns det närmast olösliga etiska konflikter, tex när olika etiska grundregler ställs mot varandra och bara någon av dem kan följas – hur gör man då?



ÅKE ANDRÉN-SANDBERG, professor, Gastrocentrum kirurgi, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge
GUNNAR ECKERDAL, överläkare, palliativa teamet, Kungsbacka närsjukhus, ledamot av Läkare-

sällskapets delegation för medicinsk etik
gunnar.eckerdal@lthalland.se
TORE NILSTUN, professor emeritus, avdelningen för medicinsk etik, Lunds universitet

Läkarförbund och läkarsällskap har i Sverige liksom i andra länder etikregler som vägledning för sina medlemmar, men det är extremt ovanligt att några åtgärder vidtas om dessa regler inte följs [1]. Reglerna har i vissa fall haft ett stort värde genom att de tagits till utgångspunkt för interkollegiala diskussioner när frågor visat sig svåra att besvara på enbart medicinsk grund. Frågorna kan inte lösas genom att man skaffar mer medicinsk faktakunskap (vilket läkare ofta är duktiga på och roade av). Teoretiskt näst intill olösliga frågor, etiska konflikter, uppstår särskilt när olika etikgrundregler ställs mot varandra och bara endera av dem kan följas. Vi vill här ge tre korta exempel.

De tydligaste exemplen är när önskvärda och eftersträvbärande lojaliteter inte kan upprätthållas samtidigt. Ifrågasatta blir särskilt ofta lojaliteter mot arbetsgivaren, samhällsekonomin, sjukvårdsorganisationen etc, eftersom läkaren oftare känner starkare lojalitet mot patienten, som riskerar att komma i kläm. Enligt Hippokrates har läkaren sin viktigaste lojalitet just mot denne [2]. Men de resurser som står till förfogande är ändliga, och det är inte säkert att just jag kan bedöma min patients behov satt i relation till alla andra patients behov. Det är lätt att förstå att patienten sätter de egna behoven främst, men läkaren kan inte medverka till att andra patienter prioriteras ned på felaktigt sätt.

När bästa läkemedel är för dyrt

Vi vet alla att läkemedelskostnaderna ökat mycket kraftigt under senare år. Huruvida läkemedlet är dyrt måste emellertid diskuteras mot bakgrund av vilken effekt det har; om det gör patienten frisk på ett totalt sett billigare sätt kan stora kostnader väl försvaras, liksom om besvärliga symtom endast kan lindras genom just denna terapi. Den etiska principen om medicinsk nytta kommer i fokus. Mer besvärligt blir resonemangen om läkemedlet leder till önskvärd effekt i 95 procent av fallen gentemot ett betydligt billigare preparat, som bara leder till effekt i 90 procent.

I marknadsföringen kan med rätta hävdas att i ena fallet

uppnås inte effekten i 5 procent av fallen med det dyrare preparatet, medan effekten uteblir dubbelt så ofta med det billigare. Om det är en betydelsefull effekt är det sannolikt att en läkare vid sjukdom skulle skriva ut det dyrare läkemedlet till sig själv eller sina närstående trots rekommendation i någon form av »klok lista«. Kan då samma läkare med gott samvete skriva ut det billigare till andra patienter? I förlängningen kan ifrågasättas om man kan agera korrekt från samhällsekonomiskt ansvarig synpunkt och rekommendera den näst bästa behandlingen om den bästa anses för dyr. Den billigare kanske i de flesta fall är »tillräckligt bra« för den enskilde patienten, men rent statistiskt sett kommer någon patient förr eller senare att bli suboptimalt behandlad.

Är detta förenligt med god etik? Kan man som läkare vid val av det näst bästa alternativet helt enkelt hänvisa till chefernas eller myndigheters föreskrifter och känna sig ha gjort ett gott arbete, eller är man skyldig att tala om för patienten att han eller hon inte får den absolut bästa behandlingen? I lagen anges i klartext att vården ska ges i samråd med patienten, och andemeningen är naturligtvis att vårdtagaren ska informeras om tillgängliga alternativ för att kunna medverka i de val som måste göras. Här är det den etiska principen om respekt för autonomi som kommer i fokus.

Sviktande förtroende

Problemet kan vara att patientens förtroende för läkaren kan svikta om det framkommer att beslut om behandling inte enbart grundar sig på vad som är bäst för den enskilda patienten. Dessutom, om nu patienten inte blir frisk på önskvärdt sätt, måste varje sunt tänkande patient ifrågasätta om det kanske berodde på att han eller hon inte fick den bästa behandlingen, vilket kan leda till svåra diskussioner för både läkare och patient. Ett dilemma uppstår således när vi till patienten säger »jag rekommenderar denna behandling för din situation« trots att vi vet att det finns marginellt bättre alternativ, även om det ur strikt medicinsk synvinkel faktiskt är »tillräckligt bra« i flertalet fall. Om läkaren gör så har han eller hon förvägrat patienten möjligheten att välja sin behandling och kanske därmed brutit mot etikregeln om patientautonomi. En mycket svår fråga är emellertid om läkaren faktiskt hjälper patienten genom att ge information om alla tänkbara, mindre betydelsefulla valsituationer läkaren ställs inför men som patienten inte frågat efter.

Felbehandlade patienter

Att alla läkare och alla patienter alltid kan känna fullt förtroende för varandra är inte rimligt, därtill är vi människor för olika. Som läkare måste man alltid agera för att få patienten att känna tillit, eftersom det är en förutsättning för diagnostiken och en del i behandlingen. Detta måste man arbeta för professionellt, även om man inte tycker om patienten och till och med om man av något skäl känner motvilja mot honom eller henne. Trots allt uppkommer konflikter mellan läkare och patienter, och en rimlig strategi kan då vara att förklara detta

SAMMANFATTAT

Lojalitetskonflikter mellan läkare och patient kan inte lösas enbart med hjälp av etiska regler.
Ömsesidig tillit är en grundförutsättning för mötet mel-

lan patient och läkare.
Lojalitet med kolleger och arbetsgivare väger tungt men inte tyngre än lojaliteten med patienten.



Illustration: Annika Sköld

för patienten och se till att vederbörande får kontakt med en annan läkare så att de kan »börja om« i förtroendehänseende.

Ett större problem är emellertid om en kollega har gjort ett direkt medicinskt fel. Om patienten vet om det uppkommer ett problem, och om patienten inte vet om det uppkommer ett annat. I det första fallet kanske patienten begär hjälp att klaga på kollegan – och det måste understrykas att utan hjälp av någon inom professionen kan en patient i praktiken aldrig få »juridiskt« rätt mot en läkare. (Ersättning kan däremot erhållas från patientförsäkringar utan att en läkare tagit väsentlig ställning mot en kollega.) Det innebär också att en patient blir rättslös i en konflikt med en läkare om inte någon annan läkare ställer upp och »vittnar« mot den felande kollegan. Denna hjälp till patienten är självfallet kostnadsfri för den hjälpsökande men kan bli mycket tidsödande och betungande för den läkare som ska ge hjälpen. Läkaren bör dessutom fråga sig om det är förenligt med rättvisepincipen att ägna så mycket tid åt en patient som söker upprättelse. Har inte läkaren också en skyldighet gentemot övriga patienter?

Kritik mot en kollega

Att argumentera mot en kollega är inte lätt, i synnerhet om det rör sig om en duktig, flitig och självuppoffrande kollega som någon gång råkade göra fel. Dessutom är sällan felaktigt handlande eller beslut möjliga att beskriva i svart eller vitt utan behäftade med nyanser som gör det inträffade mer svårbedömt. Den felbehandlade patienten ser det ofta enbart svart och har svårt att acceptera utlåtanden som nyanserar beskrivningen. Det som ur en synvinkel kan tyckas klart och tydligt kan ur en annan synvinkel vara mycket mer oklart eller till och med ges en helt annan tolkning.

Öppen kritik av en kollega kan dessutom leda till att denna hamnar i försvarsställning. Kanske kommer det att leda till motangrepp (kom ihåg att vi alla har gjort misstag som kan riktas mot oss – ingen är fläckfri) och alldeles säkert kommer det att leda till obehag för alla inblandade. Ovanpå detta kan

påpekas att den läkare som kritiserar sin kollega sällan får någon uppskattning för detta utan kanske till och med får ytterligare ovänner utöver den kritiserade kollegan – även bland andra patienter. I förlängningen behöver vi alla vänner som ger oss stöd i besvärliga situationer, och varje ny ovän gör vår tillvaro mer besvärlig framöver. I vissa fall kan man säkerställa att en patient visserligen blivit felbehandlad på ett eller annat sätt men att de anklagelser som patienter framställer och de önskemål om bestraffningar som framkommer får orimliga proportioner. Kan man då som insatt kollega villfara patientens önsknings eller har man ett ansvar för att tona ned det inträffade? Hur definierar man då sin lojalitet i denna situation, och har man rätt att patriarkaliskt bestämma att det är bäst för den felbehandlade att inte driva sin vendetta ytterligare?

När en kollega gjort fel

Den andra situationen kanske är mer subtil men minst lika svår bemästrad. Det gäller den situation då man som läkare inser att en kollega har gjort ett påtagligt misstag men att patienten inte har förstätt eller fått reda på det. Den som är »patientens läkare« borde rimligen berätta det för patienten, men i praktiken är det sannolikt få som handlar så. Orsaken är antagligen att det ger upphov till mycket extraarbete och extra obehag om man meddelar patienten vad man vet och att det i huvudparten av fallen inte leder till något positivt för vederbörande.

Men – om man inte berättar för patienten vad man vet så berövar man honom eller henne möjligheten att påverka situa-

»Att argumentera mot en kollega är inte lätt, i synnerhet om det rör sig om en duktig, flitig ... kollega som någon gång råkade göra fel.«

tionen, och kanske går man miste om en möjlighet att förhindra ett återupprepande. Om det dessutom senare framkommer att en enskild kollega, en enhet inom sjukvården eller ett helt sjukhus bestraffats för ett begånget fel kommer detta med säkerhet att leda till minskat förtroende i kommande kontakter mellan patienter och sjukvård. Visserligen är förtroendeminskningen sannolikt marginell i de flesta fallen men kan liknas vid strålning vid diagnostisk radiologi: risken för att inducera cancer med diagnostisk röntgen är för den enskilde patienten försvinnande liten men ur ett folkhälsoperspektiv knappast försumbar – några individer får cancer beroende på strålning varje år. Det är sannolikt så att minskat förtroende för sjukvården också i sällsynta fall kan få katastrofala följder för enskilda patienter.

Det finns ingen anledning att dölja att en läkare gjort fel. Han eller hon ska självklart ges stöd för att reda upp det inträffade och kunna gå vidare. Man måste emellertid sätta patienten i centrum: är det i patientens intresse att öppet redovisa att ett fel är begånget, och vad leder sådan öppenhet till? Enligt vår mening är det principen om nytta för patienten och alla andra patienter som är avgörande.

Risk för komplikationer

I USA lägger man som läkare ned mycket resurser på att skydda sig från olika former av åtal – i förlängningen nästan alltid för att slippa betala ut stora skadestånd. Det tycks som om risken att bli av med legitimation eller få annan bestraffning är mindre närliggande. Ett sätt att skydda sig är att före varje åtgärd i detalj redovisa vilka komplikationer som kan tänkas inträffa och få patienten att skriva under på att han eller hon fått denna information och godkänt risktagandet. Naturligtvis finns det skäl att berättas för patienten vad som kan hända och därmed ge patienten möjlighet att värdera om vederbörande är beredd att ta en sådan risk. Det är att visa respekt för patienten.

Emellertid ges ofta information av den art som det krävs ingående medicinsk kunskap för att kunna värdera, och inte sällan ges information om risken för komplikationer i ett läge då det inte finns något reellt alternativ till åtgärden, exempelvis en nödvändig operation. Om så är fallet kan informationen betecknas som i bästa fall ett spel för galleriet och i värsta fall som ett bedrägligt sätt att lasta över ansvar från en kunnig till en okunnig, varvid den okunnige till slut blir den som får ta eventuella konsekvenser. Lojaliteten riktas ur denna synvinkel knappast mot patienten. Om det inte finns något alternativ bör läkaren vara något återhållsam med information.

Enligt vår mening är denna typ av paternalism etiskt försvarbar. Med paternalism menas här att patientens intressen går före skyldigheten att visa respekt för autonomi. En ytterligare aspekt på informationsgivande är hur man ska kunna ge information på ett sätt som gagnar patienten. Om man poneerar att ett visst ingrepp kan ge väsentlig nytta för en patient, kanske fullständig bot, men innebär viss risk för en farlig biverkan så bör man försöka sätta sig in i hur patienten kan uppfatta de redovisade riskerna. Om man säger att det är 10 procents risk för en allvarlig biverkan men 90 procents möjlighet till bot beror det till viss del på patientens personlighet hur tolkningen görs.

Den pessimistiske kanske avstår från möjligheten att bli

»... men vi vill bestämt hävda att inte ens väl genomtänkta etikregler får tillämpas okritiskt och fundamentalistiskt.«

frisk eftersom det är 10 procents risk att bli sjukare, medan den mer optimistiskt lagde tycker att 90 procents möjlighet att bli helt frisk är övervägande viktigt. En äldre person med rikt liv bakom sig kommer sannolikt att göra en annan värdering än en person med ansvar för småbarn, då riskerna för biverkningar kan bli avgörande. Om alternativet att avlida i en cancersjukdom är hundraprocentigt säkert kan en procents möjlighet att bli botad av en stor och riskfylld operation vara tillräckligt för ett försök.

Problemet med fullständig information

Med detta sifferlaborerande avser vi att påpeka det problematiska i att alltid ge fullständig information om exempelvis sällsynta risker vid ett ingrepp – trots att man vid återhållen information inte ger patienten fullgod möjlighet att bestämma själv. I stället för att slaviskt följa hälso- och sjukvårdslagens föreskrifter bör man sträva efter att ge individuellt anpassad information till varje patient.

Likaväl som det kan vara oetiskt att tvinga på en patient information denne inte vill ha eller inte kan hantera, är det oetiskt att undanhålla information som patienten vill ha och kan hantera. Men mest oetiskt är det säkert att ge information till en patient enbart för att skydda den informationsgivande läkaren och dennes organisation – oavsett vilka biverkningar detta leder till för patienten.

Konklusion

Sammanfattningsvis vill vi med de tre givna exemplen på lojalitetskonflikter mellan läkare och patient, och därmed brott mot den rimliga etikregeln att patienten måste ges möjlighet att bestämma själv, påpeka att verkligheten är så komplicerad att enkla och raka regler inte alltid är tillfyllest. Detta innebär inte att etiska regler bör utmönstras, men vi vill bestämt hävda att inte ens väl genomtänkta etikregler får tillämpas okritiskt och fundamentalistiskt. En grundläggande förutsättning för läkarens yrkesutövning är tilliten mellan patient och läkare.

Respekten för patientens autonomi kan aldrig innebära att man förnekar patientens rätt att tillitsfullt anförtro sig åt sin läkare, medveten om att läkaren har större kunskaper och utövar sitt yrke med patientens bästa som främsta målsättning. I det perspektivet är det bättre att läkaren följer gemensamt utformade etiska regler än egna personliga åsikter. Patienten ska kunna lita på läkarens etiska plattform även utan att lära känna läkaren personligen. Den som satt sig in i nedtecknade etikregler har oftast en god grund för att lösa svåra etikproblemer i sin läkarvardag, och den som därtill har ett nätverk av erfarna och ansvarstagande medarbetare att diskutera de svåraste fallen med, klarar sig sannolikt ännu bättre.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Läkareförbundets etiska regler. www.slff.se/templates/Page.aspx?id=28087
2. Hippokrates. Eden. I: Hippokrates Om läkekonsten. Ur de hippokra-

tiska skrifterna. (M K Löwegrens översättning från 1909, reviderad av M Söderlind 1994). Nora: Nya Doxa; 1994. p. 93-4.

»Patienten ska kunna lita på läkarens etiska plattform även utan att lära känna läkaren personligen.«