

# Dagens medicinska etikutmaning

Medicinsk etik upplevs ibland som ett finrum där man på teoretisk nivå diskuterar intressanta existentiella frågor inom den medicinska sfären. Det behöver i och för sig inte vara fel, men vi vill hävda att det finns andra etikfrågor av potentiellt livsavgörande art som just i dag måste prioriteras. Vi vill här i korthet förklara vad vi menar och hur vi vill driva dessa frågor.

**O**m man gör en enkät bland Sveriges befolkning kommer man med säkerhet att få ett mycket, mycket entydigt svar på frågan: »Ska alla i vårt land få den sjukvård de behöver oavsett plånbokens tjocklek?« Vi – både inom sjukvården och lekmän, patienter och anhöriga – tycks vara oerhört överens om att alla har rätt till den sjukvård de behöver. Detta har naturligtvis inget att göra med om sjukvården bedrivs i privat eller offentlig regi, och det har ingenting att göra med att några tar privata sjukförsäkringar eller åker utomlands för att få en vård som de hoppas är bättre.

I Sverige vill vi att alla ska få den sjukvård de behöver och att den huvudsakligen ska vara solidariskt finansierad. Punkt och slut. Det är inte principen som behöver diskuteras utan hur detta ska uppnås.

Vårt sjukvårdssystem är uppbyggt på självständiga landsting och en självständig tillsynsmyndighet: Socialstyrelsen. Den senare har emellertid inte makt, myndighet och resurser att svara för att sjukvården blir bra – än mindre att den blir lika – utan verkar främst genom att se till att sjukvården håller en viss minimistandard och att flagranta fel beivras. Landstingen strävar mer tydligt efter att ge sina medborgare en god sjukvård, men sätter sina egna måttstockar för vad som är rimligt bra sjukvård och vilken skattenivå den får

medföra. Möjligen kan de sträva efter lika möjligheter för invånarna i landet att få god sjukvård, men de har knappast ambitionen att jämföra sig med andra landsting.

Om man då verkligen vill arbeta för att ge lika möjligheter till sjukvård för alla i Sverige kommer ansvaret därför att i mycket hög grad återfalla på de medicinska professionerna, främst läkarna. Vi måste ta på oss att se till att landstingsgränser, sjukvårdsområden, kommungränser etc inte blir »fångelser« för dem som behöver sjukvård. Praktiskt innebär det att vi är skyldiga att se till att våra beslutskedjor blir transparenta (och effektiva, se nedan) så att det blir möjligt att förstå varför en patient fått eller inte fått en viss vård. Vi måste också se till att det finns kloka och pragmatiska vårdprogram som kan vägleda både dem som ska ge sjukvård och dem som ska få sjukvård.

Vi ser därutöver telemedicin som en möjlighet att öka likheten mellan vårdcentraler, sjukhus, landsting och liknande. Man kan med kort varsel ställa frågor och diskutera patientfall via telemedicin, och man kan ordna regelbundna möten för att kalibrera vårdnivåerna. Tekniken finns där, och erfarenheterna av användandet är goda, så det är nästan bara det mentala motståndet som behöver brytas.

Vi lever i ett samhälle med – trots allt – smärtsamt tydligt begränsade resurser, och det innebär att om vi ger sjukvård till någon, så är det i förlängningen någon annan som inte får. Varje gång vi använder sjukvårdsresurser kan inte samma re-

surs ges till någon annan. Det innebär att det faktiskt är oetiskt att slösa med sjukvårdsresurser, eftersom det innebär att de patienter som kommer längre ner på prioriteringslistan inte kommer att få något alls när pengarna är slut.

Alla resurser ska således användas med förnuft, och vi ska alltid tänka över om vi kan göra samma sak billigare. Det skiljer sig inte det minsta från hur vi tänker på vår egen hushållskassa eller hur vi använder vår egen lön. Detta innebär pragmatiskt att läkaren i varje medicinsk beslutssituation inte bara måste fatta rätt beslut, utan också fundera över om man kan nå samma medicinska resultat på ett billigare sätt eller nå nästan lika stor medicinsk säkerhet med betydligt mindre insatser.

Detta skiljer sig från vad som står exempelvis i Hippokrates' läkared, där det framförs att varje relation mellan läkaren och hans eller hennes patient är helt privat och inte ska influeras av andra, yttre omständigheter. Det är möjligt att detta var rätt en gång (även om det också står exempelvis att man inte skulle ta emot betalning för den sjukvård man ordinerade), men i dag är det inte det: Vi måste alltid ta hänsyn till vad det allmännas pengar skulle kunna användas till i stället – det finns alltid ett alternativ användande.

Om vi nu inte ska slösa med allmänna medel så är det inte liktydigt med att vi ska vara dumsnåla. Tvärtom, sparsamhet med våra gemensamma resurser innebär att vi därigenom kan fortsätta att bedriva god sjukvård – på ett klokt sätt och för dem som behöver den!

Lika oetiskt som det är att slösa med allmänna medel, lika oetiskt är det för en läkare att inte ha den medicinska kunskap som han eller hon borde ha. Vi måste alltid besinna att patienterna är i ett stort kunskapsunderläge och därigenom inte har möjlighet att fatta kloka beslut ens om sin egen hälsa och



Bysantinsk handskrift från 1100-talet av Hippokrates' läkared, formad som ett kors.

Foto: Biblioteca Vaticana



Det är de facto oetiskt att slösa med sjukvårdens resurser.

Foto: Carina Elmäng



**ÅKE ANDRÉN-SANDBERG**  
professor, överläkare  
ake.andren-sandberg@karolinska.se



**JOHAN PERMERT**  
professor, verksamhetschef;  
båda vid Gastrocentrum kirurgi,  
Karolinska universitetssjukhuset,  
Huddinge

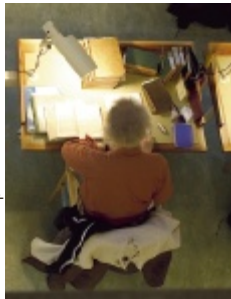


Foto: Eva Stoop

Läkaren har ett moraliskt ansvar att skaffa sig ny kunskap och att integrera den i sin patientbehandling.

fick. Vi har ett moraliskt ansvar att skaffa in ny kunskap och integrera den i vår patientbehandling. Det som var rätt för 25 år sedan behöver inte lika självklart vara rätt i dag eftersom ny kunskap har tillkommit och gammal kunskap har vidareutvecklats.

Detta innebär inte att det finns *ett* sätt att lära sig på, men kanske att det finns *ett* förhållningssätt: ständig nyfikenhet, öppenhet för andras kunskap och erfarenhet samt vilja att lära sig på ett akademiskt sätt. Med det sista avser vi då att man som i Platons »Akademia« är beredd att diskutera vad andra anser är rätt, och att positivt men kritiskt försöka förstå om helheten eller delar av den är rätt.

Det spelar liten roll om man läser tidningar, söker i PubMed, auskulterar, åker på konferenser eller liknande – men att göra något av detta med ett öppet sinnelag är avgörande. Vi ska leta efter evidensbaserade riktlinjer, men betänk då att med uttrycket »evidensbaserat« menas »bästa möjliga bevisning« – det menas inte att vi inte vet något i avsaknad av randomiserade studier.

När vi sedan »vet« vad som är medicinskt rätt gäller det att få detta genomfört för den enskilda patienten. Det kan vara både obekvämt och arbetsamt, men det är vår skyldighet att se till att patienten får den sjukvård som vi vet är bra. Det innebär inte alltid att vi klarar av att ge den sjukvård som är allra bäst, men vi måste kunna värdera skillnaderna mellan »bra« och »bäst«.

Det innebär heller inte att patienten alltid måste foga sig i det som medicinskt är det bästa alternativet, men att man finner en balans mellan det teoretiskt bästa och det som passar bäst i det enskilda fallet och det som patienten önskar.

Det innebär också att man är skyldig att hitta en rimlig nivå i balansen mellan det paternalistiska och patientens

sjukdom om vi inte ger rätt underlag och vägledning.

Det står i lagen att vi som läkare ska ge patienten information så att patienten själv kan bestämma, men det förutsätter faktiskt att vi som läkare inte nöjer oss med den grundutbildning vi en gång

realistiska eller orealistiska önskemål. Det sistnämnda kan i vissa avseenden betecknas som läkekonst.

Inga av ovanstående synpunkter är egentligen kontroversiella, men vi tror att de behöver lyftas fram tydligare. En synpunkt som däremot blir allt viktigare, och som måste tåla att synas bättre, är risken för överbehandling. Vi vill bestämt hävda att överbehandling är direkt oetisk, inte minst i ljuset av det vi just underströkt – att det är oetiskt att slösa med sjukvårdsresurser.

Ribban för när något ska kallas för överbehandling är inte lätt att se, trots att de värsta avarterna är tydliga. Vi vill emellertid hävda att ökad säkerhet och kvalitet i vården måste skiljas ut från överbehandling, och att vi här måste lägga ner mycket mer kraft och intellektuell kapacitet för att förstå när vi



Läkaren kan aldrig komma ifrån det personliga ansvaret genom att skylla på till exempel HSAN vid överbehandling.

komma ifrån det personliga ansvaret för de medicinska åtgärder han eller hon gör – också för eventuella överbehandlingar. Visserligen kan man önska att tillsynsmyndighet och massmedier ibland bättre skulle kunna förstå under vilka förhållanden vi arbetar, respektive att man inte alltid ska vidta åtgärder bara för att det är tekniskt möjligt, men avsaknad av sådan förståelse är inte skäl nog för att överbehandla.

Det är nästan alltid lättare att skriva en röntgenremiss till eller ta ett blodprov till, och det är oftast de läkare som »gör« saker som uppfattas som aktiva, kunniga och patienttillvända. Naturligtvis är detta många gånger riktigt, men vi vill bestämt hävda att det oftare är svårare att säga nej till en åtgärd än att säga ja: man får mycket mer kritik om beslutet i efterhand visar sig fel, man får mycket mer obehag och kritik från kolleger, sköterskor och anhöriga för passivitet, och man belönas ytterst sällan för att man avstått från någon åtgärd.

Vi anser att det är viktigt att man uppmärksammar överbehandlingsproblematiken lika väl som man uppmärksammar nya sofistikerade framsteg inom diagnostisk och terapi. Våra spe-

cialistföreningar bör tillse att det finns upptaget i vårdprogrammen också vad som ska betecknas som överbehandling, och HSAN och Socialstyrelsen bör beakta överbehandling lika mycket som underbehandling. Dessutom måste vi ge moraliskt stöd till dem som säger nej till överbehandling och finna former för hur denna problematik kan attackeras i vardagssjukvården.

Inte minst i en tid med hårdare prioriteringar inom sjukvården är det viktigt att tänka över den medicinska etiken, men ärligt talat tror vi att behovet hade funnits ändå. De medicinska möjligheterna har för länge sedan sprungit ifrån de tillgängliga resurserna även om vi oftast inte vågat tala högt om problemet, men när tillskottet av resurser minskar (så är det oftast: inte en minskning utan en minskad ökning) så blir behovet ännu tydligare.

Vi är övertygade om att nu och inom överskådlig framtid behöver vi inte bara läkare och sköterskor som är medicinskt välutbildade. Vi behöver också personer i vården med ett etikperspektiv på vad vi gör, och vi behöver etiskt kompetenta personer med beslutskraft och kunskap om etik, etikfrågor och metoder att lösa medicinska etikproblem. Det innebär nästan alltid att vi måste se till att kloka seniora läkare ställer sin läkarerfarenhet och livserfarenhet till förfogande för de yngre för att svara på frågor, ge förklaringar till vad som sker i det som synes ske och att kunna ge det etiska perspektiv som är nödvändigt för att sjukvården ska fortsätta fungera. Det innebär inte att vi ska tillsätta nya etiktjänster eller ge någon en ny stilig titel, men att vi ska släppa fram det etiska perspektivet och att vi ska låta det få en verklig roll i vår vardagssjukvård.

Den praktiska medicinska etiken måste fokuseras på att

- sjukvården ska vara lika för alla
- det är oetiskt att slösa med sjukvårdsresurser
- det är oetiskt att inte kunna det man ska kunna som läkare
- det är oetiskt att överbehandla
- se till att de som arbetar med patientvård kan få tillgång till vardagligt stöd i etikfrågor när de så behöver.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Fler debattinlägg på sidan 446.