


## Ett ständigt aktuellt läkaretiskt dilemma

# Vems behov går först – patientens eller samhällets?

 Läkarens ansvar har ansetts vara att främst värna den enskilde patientens intressen. I praktiken har även andra intressen påverkat läkarens arbete. Konflikter av detta slag kan försätta läkaren i ett yrkesetiskt dilemma, vilket flera exempel ur historien och från nutiden visar. För att framtida konflikter mellan individens och kollektivets intressen skall kunna hanteras adekvat inom läkarkåren krävs fortsatt etisk reflektion.

DANIEL WIDE

AT-läkare, psykiatriska kliniken, Sjukhuset, Varberg [daniel.wide@lthalland.se](mailto:daniel.wide@lthalland.se)

PETER M NILSSON

docent, universitetslektor, enheten för medicinens historia, Lunds universitet

Den första punkten i de etiska regler som antagits av Sveriges läkarförbund lyder: »Läkaren skall i sin gärning ha patientens hälsa som det främsta målet och om möjligt bota, ofta lindra, alltid trösta, följande människokärlekens och hederns bud» [1]. Denna allmänna beskrivning av målet för läkarens arbete skulle sannolikt de flesta läkare utan större tvekan acceptera. Genom medicinens historia har läkarkåren av tradition hävdad olika etiska regler som viktiga rättesnören för sin verksamhet. Dessa har i allmänhet inriktats på läkarens roll i förhållande till sin patient.

Läkaren måste dock i sin verksamhet också ofta ta hänsyn till andra intressen än den enskilde patientens. I vilken utsträckning dessa intressen påverkar läkarens handlande och i vilken utsträckning de bör göra så är svåra frågor, som kan bli aktuella för den enskilde läkaren i olika sammanhang.

Denna översikt ger några historiska exempel på situationer där detta dilemma varit aktuellt för läkarkåren. Vi har valt att begränsa det historiska materialet till att huvudsakligen omfatta sådant som skrivits av svenska läkare under första halvan av 1900-talet. Därefter ges exempel på likartade frågor hämtade från dagens situation. De principiella etiska konflikter som här berörs är sannolikt ständigt aktuella, även om formerna för dem kan variera i olika tider.

## Den moderna medicinen och samhället

Konflikter mellan den enskilde patientens intressen och kollektivets har säker-

ligen varit aktuella för läkare under långa tider. Dessa konflikter blev dock mer aktuella i och med framväxten av den moderna medicinen och den nya ställning som läkarvetenskapen fick i förhållande till samhället i stort.

Den snabba medicinska utvecklingen under 1800-talet kom att leda till förhoppningar om att den medicinska vetenskapen skulle kunna hjälpa till att forma ett bättre och starkare samhälle. Till det bidrog en mer biologisk och deterministisk människosyn, som alltmer påverkade tidsandan och gav läkarkåren ett ökat inflytande inom flera samhällsområden [2].

Under 1800-talet var den s k befolkningsfrågan ett viktigt diskussionsämne. Under första halvan av seklet diskuterades framför allt hur man skulle maximera arbetskraften genom att öka befolkningens storlek. Senare försköts perspektivet i kvalitativ riktning, där man såg undernäring, alkoholism, tuberkulos och könssjukdomar som stora hot mot reproduktionsförmågan hos folket.

Det epidemiologiska perspektivet blev också under denna tid mer uppmärksammat, vilket bl a var en följd av den ökade kunskapen inom bakteriologin. I detta perspektiv såg man sjukdom som något som drabbade inte bara den enskilde individen utan också samhället som helhet. Medicinen kom alltmer att betraktas som viktig för hela folkets överlevnad, och det bidrog till intresset för den framväxande socialmedicinen [3, 4].

Utvecklingen ledde till att läkarkåren fick ett ökat inflytande i samhället, något som uppskattades av stora delar av läkarkåren, där intresset för socialmedicin växte kring förra sekelskiftet och decennierna därefter. Den förste professorn i social hygien, en föregångare till socialmedicinen, var Alfred Grotzahn (1869–

Se även artiklarna på sidan 2402, 2404 och 2407 i detta nummer.

1931) i Berlin. Den svenske pionjären för socialmedicinskt tänkande var Gunnar Inghe i Stockholm, samtida med Nils Bejerot och John Takman, två andra engagerade socialmedicinare.

Ny lagstiftning aktualiserade läkarnas roll som myndighetspersoner och därmed de konflikter som denna roll kunde innebära i förhållande till läkarens ansvar för den enskilde patienten.

## Tystnadsplikt och anmälningsplikt

Läkarens plikt att inte avslöja sådant som framkommit i mötet med en patient har ansetts vara en viktig del av god läkareetik ända sedan antikens dagar. Tystnadspliktens omfattning och eventuella gränser har varit en fråga som ofta diskuterats bland läkare, speciellt då konflikter gentemot andra intressen varit aktuella.

Magnus Möller, sedermera professor i syfilidologi i Stockholm, skrev 1908 en artikel om läkarens roll i kampen mot spridandet av könssjukdomar. Han menade att effektiv smittspårning förutsatte möjlighet att anmäla fall av smitta till någon myndighet och konstaterade att läkarens tystnadsplikt och »rättskänsla« här kunde komma i konflikt. Möller förespråkade en lagstiftning där läkaren var skyldig att för statistiska ändamål anmäla sjukdomsfall till myndighet, utforska och anmäla smittkällan samt hade rätt att anmäla personer som kunde anses farliga för andra [5]. En lagstiftning med likartad innebörd antogs bara några år senare.

Införandet av lagstiftning där läkare ålades anmälningsplikt föranledde Harald Kjerrulf, som innehade flera framskjutna positioner inom Sveriges läkarförbund och en period också var redaktör för Svenska läkartidningen, att 1920 skriva en artikel i ämnet. Han menade att den nya lagstiftningen hade medfört en ökad osäkerhet bland läkarna. Var man nu tvungen att anmäla även andra brott som man kunde få kännedom om i kontakten med patienter?

Kjerrulf ansåg att lagstiftningen inom detta område var för otydlig och uttryck-

te oro för att anmälningsivern kunde gå för långt. Han ville också skydda sjukhusjournaler från offentlig insyn och menade att avsteg från tystnadsplikten skulle tillåtas endast då det handlade om svårare brott eller då annan person kunde bedömas vara i fara [6].

Utöver dessa exempel finns många andra tillfällen där man inom läkarkåren fortsatt att debattera tystnadsplikten, en fråga som alltså förefaller ha engagerat de svenska läkarna. Många har uppmärksammat olika situationer där läkaren hamnat i konflikt mellan samhällets intressen och patientens. Man kan också konstatera att de åsikter som framförts i debatten sällan legat långt ifrån de principer som än idag framgår av rådande lagstiftning.

### Ett nazimedicinskt förslag

Åke Berglund (1898–1976) var den ledande ideologen och frontalfiguren bland de svenska läkare som sympatiserade med den nationalsocialistiska ideologin under 1930- och 40-talen, bl a i kraft av sin offentliga verksamhet och ledande poster inom olika organisationer med denna politiska inriktning (Figur 1). Han blev tidigt intresserad av tysk politik, historia och kultur men också av socialmedicin och folkupplysning. Detta intresse utövade han genom att publicera ett stort antal artiklar i framför allt Svenska läkartidningen och Socialmedicinsk tidskrift samt genom praktiskt arbete med bl a föredrag om sexualupplysning och socialhygien [7].

Berglund såg hur läkaren hade fått en ny uppgift som samhällstjänare och var en varm förespråkare för detta arbete, i vilket läkaren med sin medicinska sakkunskap skulle kunna bidra till ett friskare samhälle, där sjukdom i högre grad än tidigare kunde förebyggas. Han menade dock att det fortsatt skulle finnas behov av den mer traditionella läkarrollen, inriktad på den enskilda människan, och såg hur läkaren med dessa båda uppgifter skulle kunna hamna i en konflikt i förhållande till tystnadsplikten, vilket kunde leda till bristande förtroende för läkarkåren.

Berglunds lösning på problemet var att föreslå två olika kategorier av läkare, där den ena skulle ha speciell socialmedicinsk utbildning och arbeta för samhällets intressen och den andra i sitt arbete se till den enskilde patienten [8]. Den lösning som Berglund förespråkade kom han att hålla fast vid, utveckla och propagera för i olika artiklar under mer än två decennier.

Hans tankar verkar dock inte ha fått något större genomslag i den svenska läkarkåren, men förtjänar ändå att nämnas på grund av Berglunds ideologiska bak-



**Figur 1.** Åke Berglund, ledande nazimedicinskt tänkande läkare, föreslog två kategorier av läkare för att lösa konflikten mellan individens och samhällets intressen.

grund och som ett av få exempel på konkreta förslag från denna tid kring hur den potentiella konflikten mellan patientens intressen och samhällets skulle kunna lösas.

### Steriliseringarna och samhällsintresset

I Åke Berglunds samtid var frågor kring rasbiologi och steriliseringar mycket aktuella. Dessa frågor har rönt stor uppmärksamhet under senare år och givit upphov till en omfattande debatt i medierna. Det kan dock konstateras att de läkarröster som hördes i debatten i allmänhet förespråkade olika samhällsinsatser för att stärka folket genom att minska antalet »mindervärdiga element« och vända den sjunkande nativiteten. I dessa frågor sattes tydligt samhällets intressen framför individens [9].

I frågan om steriliseringslagstiftningen tog inte heller Läkarförbundet centralt på sig någon varnande eller återhållande funktion. Man slog inte vakt om patientens frivilliga samtycke och lät i de etiska resonemangen samhällets intresse gå före [10].

### Individen och kollektivet idag

Även idag finns tillfällen då man som läkare kan se en konflikt mellan skyldigheterna mot patienten och skyldigheterna mot en annan, större grupp. Medicinen och sjukvården utvecklas ständigt, och en del av de exempel som följer kan sägas vara av mer tidlöst slag, medan andra blivit aktuella genom olika förändringar över tiden. Förväntningarna på läkaren från såväl patienten som andra intressen förändras sannolikt också

med tiden. Olika observationer utifrån den rådande utvecklingen har noterats.

Å ena sidan kan man se en samhällslik strävan efter att uppnå en mer gruppinriktad sjukvård, som är mer enhetlig och förutsägbar och där ekonomiska konsekvenser kan förutses och olika gruppers behov lättare prioriteras. Individerna kan här tvingas nöja sig med den nivå av insatser som samhället anses ha råd med, vilket kan vara till nackdel för den enskilde patienten men som motiveras av flertalets fördel [11]. Å andra sidan kan man se en trend mot ökad individualisering och individcentering i samhället i stort, vilket lett till ökade krav på insyn och brukarinflytande i sjukvården [12]. Att läkarens position kan bli svårare om utvecklingen samtidigt går åt båda dessa håll blir uppenbart.

### Läkaren och myndighetsrollen

De ovan nämnda synpunkterna på det problematiska i läkarens myndighetsroll, med allt vad det kan medföra i form av dilemman kring tystnads-/anmälningsplikt och tvångsåtgärder mot patienter, är nära relaterade till frågor som är aktuella även för dagens läkare. I fall då läkaren är skyldig att handla i enlighet med samhällets intressen blir förhållandet mellan läkaren och den enskilde mer komplicerat än i den traditionella läkar-patientrelationen.

Läkarens myndighetsuppgifter har därför flera gånger under senare år debatterats i läkarsammanhang, och man har diskuterat om dessa uppgifter kan anses stämma överens med de etiska regler som satts upp för vägledning. Som exempel kan nämnas de uppgifter som läkare haft i samband med avvisning av asylsökande, där det har diskuterats om läkarens främsta mål, i enlighet med läkarreglerna, varit patientens hälsa [13]. Liknande kritik har riktats mot dem som fungerar som försäkringsläkare inom försäkringskassan.

Från Läkarförbundets sida har man konstaterat att förbundets etiska regler inte är anpassade för myndighetsutövning men att de ändå skall anses ligga till grund för läkarens arbete som tjänsteman [14].

Läkarens arbete regleras av olika lagar. En del av denna lagstiftning behandlar situationer då läkaren tydligt är skyldig att agera utifrån samhällets intressen och där patientens vilja får komma i andra hand. Tydligast blir kanske detta ansvar i Smittskyddslagen, där läkare verksamma inom offentlig sjukvård är skyldiga att i förhållande till patienter med vissa smittsamma sjukdomar vidta olika åtgärder. Det handlar här bl a om att meddela förhållningsregler, se till att dessa följs och att smittan spåras samt att

anmäla fallen till smittskyddsläkaren. Smittskyddsläkaren har utöver detta ytterligare befogenheter och skyldigheter, såsom att besluta om tvångsundersökning och, som en yttersta åtgärd, ansöka om isolering av en smittad [15].

Konflikten mellan patientens och samhällets intressen samt den roll som läkaren spelar kan sägas vara likartad när det gäller Vapenlagens skrivningar om anmälningsskyldighet i förhållande till patienter som bedöms olämpliga att inneha vapen och läkarens uppgift att anmäla i de fall då en patient är olämplig som bilförare, i enlighet med Körkortslagen (1998:488). Innebörden i och tillämpningen av framför allt den senare har debatterats flitigt de senaste åren [16-19].

Liknande intressekonflikter kan också ses i den på senare år så uppmärksammade frågan om sjukskrivningar. Särskilt känslig blir frågan när det rör sig om sjukintyg, som huvudsakligen är grundade på patientens beskrivning av sina symtom och där inga goda objektiva markörer finns. Det ömsesidiga förtroendet mellan läkare och patient samt läkarens skyldigheter gentemot samhället kommer här i brännpunkten [20, 21].

Även om snart ett sekel förflutit sedan artikeln av Möller publicerades [5] är det tydligt att samhället även idag ser sig behöva läkarkårens insatser i skyddet mot spridning av olika infektionssjukdomar. Läkarens roll, med den potentiella etiska konflikt som här finns inbyggd, blir inte så annorlunda än den som läkaren hade på Möllers tid. Samma typ av konflikt återfinns idag, vilket framgår av exemplen ovan, även i andra situationer där läkaren har en myndighetsroll som regleras i lag. Vad gäller frågan om rasbiologi och sterilisering är det svårare att hitta likartade etiska problem som berör nutidens läkare. Det kan dock noteras att man från vissa håll dragit paralleller till rasbiologin då nya möjligheter för fosterdiagnostik varit uppe i debatten [22, 23].

Jämfört med situationen för några decennier sedan har alltså vissa etiska frågor behållit sin relevans, medan andra inte är lika aktuella. Utvecklingen inom medicinen har dock gjort att nya frågeställningar aktualiserats.

## Prioriteringar och etiska överväganden

Den medicinska utvecklingen går snabbt framåt, nya behandlingsmetoder införs och sjukvårdens möjligheter att behandla olika sjukdomar blir ständigt fler. Samtidigt blir det mer och mer uppenbart att den offentligt finansierade sjukvården inte på samma sätt som tidigare kommer att kunna bekosta alla de åtgärder som patienter efterfrågar. Detta

gör att den svåra frågan om prioriteringar inom sjukvården ständigt blir alltmer aktuell. I denna rymms många svåra etiska överväganden, där frågan om individens rättigheter i förhållande till kollektivets är central.

Läkarens roll i denna konflikt är bekymmersam – å ena sidan krävs läkarnas kunskaper och medverkan i beslut om vad som skall prioriteras, å andra sidan har läkaren i sin yrkessituation rollen att göra det som är bäst för den enskilde patienten.

## Ett norskt exempel

Ett fall som belyser några av de svårigheter som läkaren kan möta i frågan om prioriteringar uppmärksammades i Norge under 2003. Det gällde där en patient som befanns ha Gauchers sjukdom och var i behov av en mycket kostsam enzymbehandling. Klinikens läkare fick först beskedet att behandlingen, som beräknades kosta tre miljoner norska kronor per år, i så fall var tvungen att rymmas inom den aktuella enhetens läkemedelsbudget på 3,2 miljoner kronor. Det var inte förrän ärendet uppmärksammades i medierna som det norska hälsodepartementet beslutade att behandlingen kunde finansieras från annat håll [24]. Detta fall väcker många angelägna frågor omkring prioriteringar. Hur dyra behandlingar skall accepteras och till vilken hälsovinst? Vem skall prioritera mellan olika patienter/patientgrupper – den behandlande läkaren, politiker eller någon annan? Det kan i sammanhanget nämnas att kostnaderna för enzymbehandling vid Gauchers sjukdom i Sverige sedan 2002 delas mellan alla landsting i förhållande till deras respektive folkmängd [25].

Den utveckling som har setts, med utarbetandet av listor för medicinska prioriteringar inom olika landsting, visar att medvetenheten om behovet av riktlinjer kring detta har ökat. Grunderna för medicinska prioriteringar och läkarnas del i dessa är en fråga som säkerligen inte kommer att bli mindre aktuell i framtiden.

## Fortsatt etisk reflektion nödvändig

Läkarens främsta uppgift har genom historien och även idag varit att värna den enskilde patientens hälsa och välbefinnande. I praktiken kan dock andra intressen ofta komma i konflikt med patientens, vilket kan försätta läkaren i en svår yrkesetisk situation. Dessa situationer har troligen alltid varit aktuella men kan till viss del variera från tid till tid. Även andra intressen som inte nämnts i denna artikel kan sannolikt påverka läkarens handlande i olika situationer; den kollegiala gemenskapen lä-

kare emellan har t ex inte alls diskuterats här. Kontinuerlig etisk reflektion kring dessa frågor är nödvändig för en läkarkår som vill slå vakt om god etisk medvetenhet i sin yrkesverksamhet. I dessa frågor krävs ett brett perspektiv där både etiska, historiska och juridiska aspekter beaktas.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

## Referenser

1. Sveriges läkarförbund. Läkarens etiska regler. Stockholm: Sveriges läkarförbund; 2002.
2. Qvarsell R. Medicinen som samhällsvetenskap. Sociomedicaltidskrift 1988;65:286-93.
3. Johannisson K. Kroppens tunna skal: Sex essäer om kropp, historia och kultur. Stockholm: Norstedts; 1997.
4. Eklöf M. Läkarens ethos: Studier i den svenska läkarkårens identiteter, intressen och ideal 1890-1960 [avhandling]. Linköping: Tema Hälsa och samhälle; 2000.
5. Möller M. Om läkarens tystlåtenhetsplikt, om anmälningsplikt resp. anmälningsrätt samt om utvärderande av smittokällan vid smittosamma könssjukdomar. Hygiea 1908;70:21-53.
6. Kjerrulf H. Om läkarens tystlåtenhetsplikt. Svenska läkartidningen 1920;17:649-59, 673-80.
7. Nilsson PM. Farliga förbindelser – svensk-tyska nazimedicenska kontakter på 1930-talet. Svensk Medicinhistorisk Tidskrift 2004;7:217-28.
8. Berglund Å. Läkarens uppgift. Svenska läkartidningen 1932;29:64-9.
9. Käärik U. Rasbiologi och befolkningsfrågan. Historisk återblick i Läkartidningen. Läkartidningen 1999;96:4940-4.
10. Schöldström U. Steriliseringsfrågan under 1930- och 1940-talen. Läkarförbundet spelade passiv roll – varken varnade eller drev på. Läkartidningen 1999;96:4938-9.
11. Andrén-Sandberg Å. Efter Hippokrates – etik baserad på nya medicinska förutsättningar. Hälsö information 1995;10:25-7.
12. Hermerén G. Medicinsk etik inför nya utmaningar. Läkartidningen 1997;94:2701-7.
13. Lindberg T. Läkareetik och flyktingpolitik – klagörande behövs från bl a Läkarförbundet. Läkartidningen 1997;94:1779.
14. Johnson K. Etiska reglerna gäller även för läkaren som myndighetsperson. Läkartidningen 1997;94:3576.
15. Grewin B. Läkare – lagens förlängda arm? Läkartidningen 2001;98:1201.
16. Englund L. Kan läkarens anmälan om körkort vara till fördel för patienten? Läkartidningen 2004;101:2292.
17. Hansson A. Paternalistiskt om relationen patient-läkare och sjukintyg (jämte) Replik: Läkares godtycke hot mot välfärden av Peter Dahl. Läkartidningen 2000;97:872.
18. Munthe C, Wahlström J, Welin S. Fosterdiagnostikens moraliska rötter. Goda handikappomsorger avgörande för den etiska kvaliteten. Läkartidningen 1998;95:750-3.
19. Dahlquist G. Att skapa barn med kloning – ett steg mot antihumanism och rashygien. Läkartidningen 2003;100:442-4.
20. Wislöff F. Finansiering av enzymbehandling vid Gauchers sjukdom. Tidsskr Nor Laegefor 2003;123:364.



Läkartidningens elektroniska arkiv  
<http://itarkiv.lakartidningen.se>  
 är artikeln kompletterad med fullständig referenslista



= artikeln är referentgranskad