

Axiomet »primum non nocere« troligen en 1800-talsprodukt



NIELS LYNÖE, professor, institutet, Stockholm
Centrum för bioetik, Karolinska niels.lynoe@bioethics.ki.se

Flera författare har under de senaste decenniet ifrågasatt att axiomet »primum non nocere« skulle kunna härledas till Hippokrates. Det finns indikationer på att det snarare är en 1800-talsföreteelse – en reaktion mot de ofta farliga och aggressiva behandlingar som då rådde. Sätter man axiomet in i detta sammanhang kan det även förstås som ett vetenskapsteoretiskt och etiskt argument emot ett gammalt paradigm och ett sätt att underlätta introduktionen av ett nytt.

Om man tolkar primum non nocere-axiomet som en mer situations- och tidsbunden 1800-talsföreteelse blir det svårare att hänvisa till axiomet som en överordnad medicinsk ursprungsetik som inte går att ifrågasätta.

Dags för nytolkning och nyansering av etiken

Vanligtvis associeras primum non nocere-axiomet med det hippokratiska »icke skada«-idealet. Både »göra gott«-principen och »icke skada«-principen brukar, när de relateras till den enskilda patienten, härledas till den hippokratiska eden – i korthet uttryckt som »jag ska efter bästa förmåga göra gott och undvika det som kan skada«. I en annan skrift (om Epidemierna) anges att när det gäller sjukdomar ska man göra det till en vana att hjälpa eller »åtminstone inte skada«. Men att lägga sig till med vanan att »åtminstone inte skada« är inte detsamma som att »först och främst inte skada« [1].

Man förefaller alltså redan på Hippokrates' tid vara medveten om att medicinsk behandling är potentiellt farlig och att man i sin strävan att göra gott och hjälpa måste väga de goda effekterna mot de potentiellt skadliga – en sorts gyllene medelväg mellan de två strävandena. Med primum non nocere-axiomet som en överordnad regulativ princip kommer icke skada-principen emellertid att i alla lägen övertrumfa strävandena att göra gott.

Oföränderlig läkaretik försvårar rationella överväganden

Om axiomet förlorar sin karaktär av överordnad och absolut princip kommer icke skada-principen att likställas med göra gott-principen och övriga medicinetiska principer som autonomi- och rättvisepprincipen. Detta innebär att vid en vägning i en viss situation kan t ex göra gott-principen komma att övertrumfa övriga principer; man talar då om förstahandsprinciper eller s k prima facie-principer [2]. Hänvisningen till primum non nocere-axiomet, Hippokrates och därmed en sorts evig och oföränderlig läkaretik har ibland använts som ett auktoritetsargument som kan försvåra rationella avvägningar och etisk argumentation. Nytolknningen av axiometns ursprung kan alltså även få betydelse för framtida etisk argumentation och innebära behov av nyansering (se Fakta).

Det är i detta sammanhang intressant att det numera argumenteras för att autonomipprincipen bör lyftas fram som varande överordnad övriga principer [3]. Istället för primum non nocere-axiomet kan vi sålunda i stället utveckla ett annat axiomet

som vi kan benämna »det gäller först och främst att inte kränka«-axiomet eller, på latin, »primum non offendo«.

Axiometns ursprung knappast Hippokrates

Ursprunget till primum non nocere-axiomet har länge diskuterats, och det har funnits t ex hypoteser om att det skulle vara den grekisk-romerske läkaren Galenos som parafraserat Hippokrates och lanserat den latinska sentensen. Hypotesen har dock ifrågasatts, bl a med hänvisning till att det inte är troligt att Galenos skulle ha skrivit något sådant, i alla fall inte på latin [4, 5]. Det finns däremot idag indikationer på att primum non nocere-axiomet inte alls stammar från Hippokrates' eller Galenos' tid, men i själva verket är en 1800-tals produkt [4, 5].

Det visar sig att den latinska frasen primum non nocere dyker upp i medicinsk litteratur först i början av 1800-talet. År 1847 uppträder axiomet i en textbok där det tillskrivs den franske läkaren François Chomel, som var lärare till bl a Pierre Louis, en av den franska skolans förgrundsgestalter [4]. Axiomet dyker senare upp i amerikanska tidskrifter vid flera tillfällen, bl a i JAMA, under slutet av 1800-talet och i början av 1900-talet [4].

1800-talets medicinska kontroverser

På 1800-talet försökte bl a den franska skolan att introducera ett nytt vetenskapligt paradigm, och i den pågående vetenskapliga kontroversen bekämpade man även det gamla paradigmets med dess blodtappningsbehandling som sin främsta behandlingsprincip. Både Pierre Louis (1787–1872) och senare Joseph Dietl (1804–1878) hade visat att blodtappning var en suboptimal behandling och i många fall direkt skadlig [6].

I mitten av 1800-talet fanns det även andra indikationer på att läkarnas insatser var förknippade med ett betydande risktagande för patienterna oavsett om man hänvisade till det gamla paradigmets eller de nya. Ignaz Semmelweis' (1818–1865) undersökning av barnsängsdödligheten 1847–1848 indikerade att läkarna genom sin praxis var den indirekta orsaken till den ökade mortaliteten vid avdelning I på Allgemeines Krankenhaus i Wien – en dödlighet som 1855 (efter det att Semmelweis lämnat kliniken) åter var uppe på samma nivå som när han började [7]. En annan indikation på risktagandet för patienterna var det ökade antalet operativa ingrepp som genomfördes efter narkosens introduktion 1846. Detta innebar att förekomsten av dödliga komplikationer – ofta sepsis eller kraftig blodförlust – också ökade drastiskt.

Dessutom hade det under 1800-talet växt fram en s k heroisk behandlingstradition, som innebar att det i syftet att göra gott

SAMMANFATTAT

Det finns indikationer sedan tidigare på att axiomet »primum non nocere« inte härstammar från Hippokrates. I föreliggande analys ges vetenskapsteoretiska argument för att axiomet är en 1800-

talsprodukt. Konsekvenserna av att ifrågasätta icke skada-principen som en överordnad princip blir att läkare i vissa situationer tvingas nyansera sin etiska argumentation.

FAKTA

De kliniska konsekvenserna av att avstå från »primum non nocere«-axiomet och därmed överge »icke skada«-principen som en överordnad princip, som i alla lägen övertrumpar andra etiska principer, illustreras nedan. En normalisering av icke skada-principen innebär att läkaren i högre grad tvingas nyansera sin etiska argumentation. Om man i stället skulle introducera »primum non offendo«-axiomet – och därmed ge autonomiprincipen överordnad status – skulle det i många situationer bli den beslutskapabla patientens önskemål som blir avgörande, vilket också kan få betydelse för nedanstående exempel:

Om en beslutskapabel cancerpatient skulle begära cytostatikabehandling där sådan inte kan antas ha någon gynnsam effekt och där sådan behandling innebär risk för allvarliga biverkningar och nedsatt livskvalitet skulle läkaren – med hänvisning till primum non nocere-axiomet – kunna avvisa patientens önskemål.

- Om primum non nocere-axiomet förlorar sin auktoritet behöver läkaren inkludera även andra aspekter, t ex kostnads- och rättvisaspekter.

Om en beslutskapabel kroniskt sjuk och respiratorbunden patient begär av sin läkare att denne stänger av respiratorn skulle läkaren – med hänvisning till primum non nocere-axiomet – kunna avvisa en sådan begäran.

- Utan primum non nocere-axiomet måste man beakta icke skada-principen som jämställd med autonomiprincipen, och det är sålunda inte säkert att man kommer fram till att man bör avvisa en sådan begäran.

Om en beslutskapabel patient med terapieresistent cancersjukdom begär dödshjälp skulle läkaren – med hänvisning till primum non nocere-axiomet – kunna avvisa en sådan begäran.

- Om man önskar argumentera mot dödshjälp behövs sålunda, förutom icke skada-principen, andra typer av etiska argument.

två kvarts stå

uppfattades vara bättre att försöka aktivt behandla en patient än att expektera. En läkare som var orsak till sin patients död genom överbehandling klassificerades som lite väl nitisk, men en läkare som genom underbehandling orsakade sin patients död uppfattades som mördare och kvacksalvare [4].

Terapeutiskt vakuum i skiftet mellan paradigmen

De nya, konkurrerande paradigmen med deras fokus på patoanatomiska studier av organ, vävnader eller celler och senare mikroorganismer var vetenskapligt intressanta och gav upphov till nya hypoteser och bättre förståelse av sjukdomars etiologi och patogenes; men de gav än så länge inte upphov till nya specifika behandlingsstrategier annat än exempelvis kirurgiska ingrepp.

Uppgörelsen med det gamla galenska paradigmet med dess väletablerade blodtappningsstrategi ersattes sålunda av nya vetenskapligt och intellektuellt progressiva paradigmen, men de följdes inte omedelbart av några nya, i praxis fungerande, behandlingar. Man hamnade i vad som refererats till som ett terapeutiskt vakuum [8]. I ett sådant vakuum är det svårt för den praktiskt verksamma läkaren att i sin vanmäktighet inte ibland gripa till gamla behandlingsprinciper, t ex blodtappning, speciellt om patienterna förväntade sig eller efterfrågade sådan behandling. På samma sätt som det även idag finns en viss tröghet i att överge behandlingar som har utkonkurrerats av andra, bättre eller säkrare – evidensbaserade – behandlingar kan man tänka sig att det var extra trögt att uttränga den gamla blod-

kvarts stå

tappningsstrategin när det inte fanns någon säker och effektiv behandling man kunde ersätta den med. Det var i övrigt i denna tidsanda som homeopatin såg dagens ljus – den kanske enda behandlingstraditionen som konsekvent tagit *primum non nocere*-axiomet på största allvar.

»Oetiskt att inte forska«

När American Medical Association (AMA) etablerades år 1847 ställdes som krav för inträde att läkaren hade fått sin utbildning vid vissa av AMA godkända universitet [9]. Anledningen till detta var att många av dem som kallade sig för läkare bedrev en praxis som var baserad på verkningslösa behandlingar – placebo-behandling. Senare formulerades i USA sentensen att »placebo givning is quackery« [10]. Med principen att göra gott får vi alltså specificerat att man som läkare enbart skulle ge behandling som var till medicinsk nytta för patienten och som inte bara gick ut på att vara patienten till lags.

Man kan utifrån både göra gott-principen och icke skada-principen säga att man redan då lade grunden till den moderna forskningsprincipen, som den svenske medicinern Clarence Blomquist sammanfattade i sentensen att det är oetiskt att inte forska: förutsättningen för att göra gott och att inte skada är att vi genomför empiriska undersökningar av vad som fak-

tiskt gagnar patienten och vad som potentiellt kan skada patienten [11].

Tidsandan förklarar tillkomsten av axiomet

Gemensamt för de framväxande paradigmen och deras kamp mot det gamla var att det inte längre fanns någon rationell grund för blodtappning. Och då det dessutom hade visats i empiriska studier att blodtappning kunde skada mer än gagna blev det viktigt att hindra den fortsatta behandlingen med blodtappning. Det är i denna tidsanda som man kan tänka sig att *primum non nocere*-axiomet formulerades och att man sedan för att ge argumentet auktoritet har hänvisat till Hippokrates. På detta sätt kunde man ge intryck av att det var ett evigt och icke debatterbart axiom.

Man kan sålunda tolka tillkomsten av *primum non nocere*-axiomet som dels ett sätt att både vetenskapsteoretiskt och etiskt argumentera mot ett förlegat paradigm med dess tillhörande kliniska praxis, dels ett sätt att villkora och underlätta introduktionen av kirurgin och andra potentiellt farliga behandlingar med t ex de av Semmelweis och Lister föreslagna preventiva antiseptiska åtgärderna. *Primum non nocere*-axiomet kan alltså ses både som ett argument för att ifrågasätta det gamla paradigmet kliniska praxis och som ett sätt att underlätta introduktionen av ett nytt paradigm och dess praxis.

Konklusion

Om man sätter in *primum non nocere*-axiomet i ett vetenskapsteoretiskt och historiskt sammanhang blir det rimligt att tolka axiomet som en 1800-talsprodukt, såsom andra tidigare har argumenterat. Axiomet förlorar emellertid samtidigt sin status av överordnad, absolut och ursprunglig läkareetik.

Med den föreslagna tolkningen blir den hippokratiska icke skada-principen en sk förstahandsprincip jämställd med övriga medicinets principer, vilket innebär att läkaren i vissa situationer tvingas att nyansera sin etiska argumentation.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Hermerén G. Håller Hippokrates' etik? Nej, den måste omprövas. *Läkartidningen*. 1998;95:1308-14.
2. Beauchamp T, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press; 2001.
3. Gillon R. Ethics needs principles – four can encompass the rest – and respect for autonomy should be 'first among equals'. *J Med Ethics*. 2003;29:307-12.
4. Sharpe VA, Faden AI. *Medical harm: historical, conceptual, and ethical dimension of iatrogenic illness*. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
5. Smith CM. Origin and uses of *primum non nocere* – above all, do no harm! *J Clin Pharmacol*. 2005;45: 371-7.
6. Morabia A, editor. *History of epidemiologic methods and concepts*. Basel: Birkhauser Verlag; 2004.
7. Semmelweis IP. *Die Ätiologie, Begriff und Prophylaxis des Kindbettfiebers*. Wien und Leipzig: Hartlens Verlag-Expedition; 1861.
8. Schryock HR. *The development of modern medicine*. Wisconsin: University of Wisconsin Press; 1979.
9. Starr P. *The social transformation of American medicine*. New York: Basic Books; 1982.
10. Cabot RC. The physician's responsibility for the nostrum evil. *JAMA*. 1906;57:982-3.
11. Blomquist C. Det oetiska i att inte forska. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*. 1975;29:47-59.

kvarts stå