

Enkätstudie om medicinsk etik i läkarutbildningen

Goda förebilder och tid för reflektion saknas



NIELS LYNÖE, professor, överläkare, Centrum för bioetik, Karolinska institutet, Stockholm
niels.lynoe@ki.se
INGEMAR ENGSTRÖM, professor, överläkare, institutionen för klinisk medicin, Örebro universitet
RURIK LÖFMARK, docent, överläkare, Centrum för bioetik, Karolinska institutet, Stockholm
KARL SALLIN, AT-läkare,

Vårdcentralen Gibraltargatan, Göteborg
CHARLOTTA UGGLA, ST-läkare, onkologiska kliniken, Södra Älvsborgs sjukhus, Borås
HANS THULESIUS, distriktsläkare, med dr, Vårdcentralen Strandbjörket, forskningsledare, FoU-centrum, landstinget Kronoberg, allmänmedicin, Universitets-sjukhuset MAS, Lunds universitet

Samtliga medicinska fakulteter i Sverige ger undervisning i medicinsk etik. Tyngdpunkten varierar mellan 1) kunskaper om etiska teorier, begrepp och principer, 2) färdighetsträning i att identifiera och analysera etiska problem och 3) utveckling av ett etiskt förhållningssätt [1]. Graden av integration av etikämnet varierar också. Innan det gavs formaliserad undervisning i medicinsk etik låg fokus på goda förebilder och ett »hopp« om att goda normer och värderingar överfördes från den ena generationen av läkare till nästa [2].

På Hippokrates' tid ansvarade läkaren/läraren för enbart en läkarstuderande åt gången – ofta hans egen son. Med universitetens introduktion i Europa under 1000-talet ökade antalet läkarstuderande, och i Sverige finns det idag mellan 60 och 150 läkarstuderande per kurs. Även om det stora antalet läkarstuderande och lärare försvårar användningen av goda förebilder och personlig handledning spelar förebilder fortfarande en roll i läkarutbildningen [3]. Man påverkas dock inte enbart av goda lärarens uppträdande utan också av vad som sägs och görs i situationer som är mindre föredömliga [4-6].

Den del av den medicinska etiken som baseras på goda förebilder, handledning och personlig erfarenhet refereras vanligen till som dygdetik. Graden av utveckling av personliga egenskaper avgör då om en handling är bra eller dålig. Att träna etik genom att härma goda förebilder kan förbättra denna utveckling. Fungerar inte de goda förebilderna måste man kompensera frånvaron av dessa med andra undervisningsinsatser, som t ex att utveckla sina kunskaper om etiska begrepp och träna sig i etiska resonemang, där även skönlitteratur kan vara av betydelse [1, 4, 7-8].

Svenska Läkareallskapets delegation för medicinsk etik har genom en enkät undersökt läkarstuderandes erfarenheter av undervisningen i medicinsk etik vid alla medicinska fakulteter i Sverige. I denna artikel fokuseras på de läkarstuderandes erfarenheter av goda förebilder och möjligheterna att diskutera etiska frågor under läkarutbildningen.

MATERIAL OCH METOD

I slutet av vårterminen 2005 skickade vi ut en enkät till samtliga läkarstuderande vid Sveriges alla medicinska fakulteter. Potentiella mottagare var läkarstuderande i slutet av termin 1, ter-

min 5 och termin 11. Enkäten delades ut och samlades in via den ansvariga studierektorn eller motsvarande och skickades vidare till delegationen för medicinsk etik. Enkäten innehöll en rad olika flervalsfrågor om förekomst, omfattning och innehåll av undervisning i medicinsk etik, hur undervisningen förmedlades och eventuellt tenderades etc. Vi frågade också efter attityden till ämnet medicinsk etik och huruvida den studerande hade stött på goda respektive dåliga förebilder samt i vilken mån lärarna/läkarna hade gett utrymme för diskussion av etiska aspekter när dessa aktualiserades antingen av läraren själv eller av en läkarstuderande. Efter varje flervalsfråga gavs utrymme för fria kommentarer.

Vi ska här fokusera på erfarenheter av förebilder och integration av etikdiskussioner hos läkarstuderande i slutet av sin sista termin (T11), eftersom denna grupp har haft möjlighet att träffa lärare på samtliga terminer. Resultaten presenteras som proportionen som svarat jakande i termer av »mycket eller ganska ofta varit med om t ex goda förebilder«. Det fåtal som svarade »vet ej« har inte medräknats.

RESULTAT

Av 374 möjliga T11-studerande svarade 167 (svarsfrekvens 45 procent) och svarsfrekvensen varierade från 13 procent (minimum) i Linköping till 83 procent (maximum) i Göteborg. 60 procent av de svarande var kvinnor, vilket kan jämföras med den verkliga proportionen, som vid denna tidpunkt var 53 procent.

Inställningen till etikämnet var positiv hos 90 procent av respondenterna; åtta procent var mindre positiva och två procent angav att de inte visste. Kvinnorna var mer positiva än männen (92 procent mot 85 procent). I det aktuella materialet hittade vi inga skillnader i attityder till etikämnet mellan de olika studieorterna och inte heller mellan studieorter med hög eller låg svarsfrekvens.

Goda och dåliga förebilder

Mer än tre fjärdedelar angav att de mycket ofta eller ganska ofta varit i kontakt med goda förebilder eller situationer som man

SAMMANFATTAT

Cirka tre fjärdedelar av läkarstuderande har varit i kontakt med goda förebilder, och drygt hälften har varit i kontakt med dåliga.

En tiondel av läkarstuderande har enbart varit i kontakt med dåliga förebilder.

Mindre än 40 procent har varit med om att läkare/lärare lyft fram etiska problem, och fler har erfarenhet av att läkare/lärare enbart ger sin egen be-

dömning utan att ge utrymme för diskussion.

Det förefaller vara riskabelt att enbart förlita sig på att läkare/lärare fungerar som goda förebilder och att etikdiskussionen är integrerad i den kliniska undervisningen. **För att utveckla** ett etiskt förhållningssätt bör undervisningen i medicinsk etik kompletteras med kunskaper i den etiska grammatiken.

tagit intryck av (Figur 1). Flera angav i kommentarerna att de varit med om både goda och dåliga förebilder, där de senare verkade dominera intrycken. En majoritet (55 procent) angav att de mycket ofta eller ganska ofta hade stött på dåliga förebilder (Figur 1). Av de 25 procent som sällan varit med om goda förebilder fanns det 9 procent som också angav att de dåliga förebilderna dominerat. I kommentarerna till de dåliga förebilderna relaterades exempelvis till dåligt bemötande av både patienter och närstående, eller att läkaren varit »kort i tonen« och inte låtit patienten komma till tals. Andra ansåg att läkaren/läraren varit okänslig och att de läkare/lärare som känner sig kallade att undervisa i etik ibland upplevs som dåliga förebilder. I kommentarerna framkom också exempel på lärares nedsättande värderingar av både patienter och kolleger inom andra specialiteter.

Öppet eller slutet diskussionsklimat

En majoritet av de svarande (65 procent) angav att de mycket eller ganska sällan hade varit med om att läkare/lärare tagit upp etiska frågor i samband med undervisning och givit utrymme för diskussion av dessa (Figur 2). En del (41 procent) hade erfarenhet av att lärare mycket eller ganska ofta hade pekat på ett etiskt problem och sedan givit sin egen bedömning utan att ge utrymme för diskussion. På frågan om motsvarande erfarenheter där en läkarstuderande hade aktualiserat ett etiskt problem var svarsmönstret likartat, men färre (20 procent) hade erfarenhet av att lärare i denna situation hade hindrat en diskussion.

Av de generella kommentarerna framgick att det ofta är en tidsfråga om etiska diskussioner hinns med. Flera angav att de haft positiva erfarenheter, speciellt i samband med strimmor och tidig yrkeskontakt på vårdcentral samt då handledare tagit upp etiska frågor. Man efterlyste diskussioner av fall som är självupplevda i samband med olika placeringar på kliniker. Exempel på negativa kommentarer var »etiken problematiseras inte och pratas därför inte heller om« och »de flesta lärare har inte kompetens att leda intressanta diskussioner och då slutar man engagera sig« samt att lärare ibland uppfattas som »åsiktskontrollanter«.

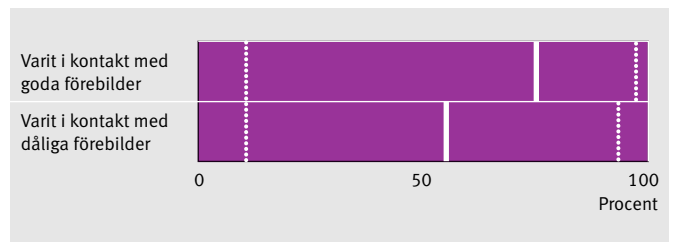
DISKUSSION

Svagheten i denna studie är ett stort bortfall på vissa studieorter, vilket berodde dels på att ansvariga lärare eller studierektorer inte delat ut enkäten, dels på att de studerande inte svarat. Detta kan i sin tur bero på att T11-studerande fick svara på en rad andra enkäter i samband med att de avslutade sin utbildning.

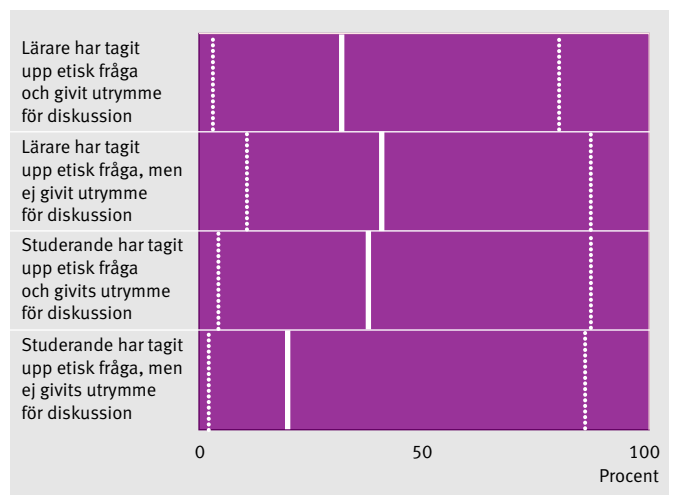
Vi kunde dock inte identifiera signifikanta skillnader i t ex inställningen till etikämnet mellan orter med låg respektive hög svarsfrekvens. Om gruppen som svarat ändå var en selekterad grupp av speciellt etikintresserade läkarstuderande kan deras uppfattningar om förebilder och diskussionsklimat vara av särskilt intresse. En grupp etikintresserade läkarstuderande kan antas redan ha utvecklat en etisk kompetens och sensibilitet [5], som gör dem lämpade att bättre bedöma både förebildernas och etikediskussionernas kvalitet. Vi anser sålunda att studien, trots den låga svarsfrekvensen på vissa studieorter, kan ge en relevant bild av läkarstuderandes erfarenheter av etikundervisningens kvalitet med avseende på förebilder och diskussionsmöjligheter.

Goda förebilder finns – och dåliga

Förekomsten av goda förebilder under läkarutbildningen tycks dominera – ett tecken på att undervisningen i detta avseende är föredömlig. Det är ändå tänkvärt att cirka en fjärdedel av de stu-



Figur 1. Figuren visar läkarstuderandes erfarenheter av goda och dåliga förebilder. Figuren illustrerar proportionerna av dem som kommit i kontakt med goda/dåliga förebilder »mycket ofta« eller »ganska ofta« (vänster om det feta strecket) och dem som kommit i kontakt med dessa »ganska sällan« eller »mycket sällan« (höger om det feta strecket). Extremvärdena (mycket ofta/sällan) finns till vänster respektive höger om de prickade linjerna.



Figur 2. Figuren visar läkarstuderandes erfarenheter av att lärare eller studerande tagit upp etiska frågor och av att lärare givit utrymme för diskussion av dessa. Figuren illustrerar proportionerna av dem som svarat »mycket ofta« och »ganska ofta« (vänster om det feta strecket) och dem som svarat »ganska sällan« eller »mycket sällan« (höger om det feta strecket). Extremvärdena (mycket ofta/sällan) finns till vänster respektive höger om de prickade linjerna.

derande angav att de under sina elva terminer på läkarutbildningen ganska eller mycket sällan kommit i kontakt med goda förebilder.

Även om läkarstuderande kommer i kontakt med många lärare/läkare är det anmärkningsvärt att så pass många uppfattas som dåliga förebilder. Det är dock speciellt oroväckande att nio procent angav att de sällan kommit i kontakt med goda förebilder samtidigt som de ofta upplevt dåliga förebilder. Det finns alltså en liten grupp blivande kolleger som främst kommit i kontakt med dåliga förebilder. Detta antyder att man inte kan förlita sig på att undervisningen i medicinsk etik enbart kan baseras på överföring av normer och värderingar genom förebilder utan att undervisningen måste kompletteras med andra strategier.

En kommentar från enkäten är påpekanet att de dåliga intrycken uppfattas som starkast och att det kanske också är därför man kommer ihåg dem bäst. För en medveten läkarstudent kan dock en dålig förebild också bidra till motreaktionen – »så ska jag i alla fall aldrig göra« – och därmed ett aktivt etiskt förhållningssätt. Relationen mellan å ena sidan förekomsten av goda eller dåliga förebilder, å andra sidan tyst överföring av normer och värderingar kan illustreras med följande:

- Om goda förebilder leder till en tyst och oreflekterad överföring av goda normer och värderingar fungerar dygdetiken ensam, även om den leder till oreflekterade goda attityder.
- Om goda förebilder inte leder till en automatisk överföring av goda normer och värderingar kan detta bero på att de läkarstuderande reflekterat och blivit medvetna om vad det är för dygder, normer och värderingar de bevitnat – och man kan då tala om ett reflekterat förhållningssätt.
- Om läkarkandidaten har bevitnat dåliga förebilder som överförs tyst så kan mindre lyckade dygder föras vidare till nästa generation av läkare som oreflekterade dåliga attityder [5].
- Dåliga förebilder kan också leda till en reflektion som genererar en reflekterad motbild. En intressant fråga är sålunda om förmågan till etisk reflektion kan förebygga överföringen av oreflekterade dåliga attityder och i stället ge reflekterade motbilder.

Utrymme för diskussion och reflektion saknas

En förutsättning för etisk reflektion är att man både har kunskap om etiska teorier, principer och begrepp och att man tränar sin förmåga att resonera med såväl andra som sig själv. Reflektion handlar just om att kunna resonera med sig själv, och denna förmåga kan man träna genom att diskutera med andra. Diskussionsklimatet under utbildningen har alltså betydelse för utvecklandet av förmågan till etisk reflektion.

Mot denna bakgrund är det oroväckande att två tredjedelar av studenterna anger att lärare/läkare sällan tar upp och ger ut-

rymme för etiska diskussioner; detta trots att etikmomentet ofta sägs vara integrerat i utbildningen, speciellt i de kliniska ämnena. Det är också bekymmersamt att mer än 40 procent av läkarstudenterna anger att läkare/lärare har pekat på ett etiskt problem men sedan enbart givit sin egen bedömning och inte gett utrymme för diskussion.

Var femte läkarstuderande anger att de upplevt att en läkarstuderande tagit upp etiska problem utan att läkare/lärare givit utrymme för diskussion. Sådana förhållningssätt främjar inte studerandes vilja att lyfta fram etiska problem som de själva upplevt under sina kliniska placeringar.

Det allmänna diskussionsklimatet förefaller i en del situationer inte vara optimalt. Ett sätt att förbättra diskussionsklimatet skulle kunna vara att ge en introducerande och sammanhållande kurs i medicinsk etik med utrymme för såväl etikens grammatik som för etisk reflektion i grupp för både läkarstuderande och lärare/läkare [9].

KONKLUSION

Studien indikerar att man vid undervisning i medicinsk etik inte kan förlita sig på goda förebilder eller att etiska diskussioner alltid är integrerade i den kliniska undervisningen. Ett sätt att lösa dessa problem skulle kunna vara att öka möjligheten för etisk reflektion, vilket förutsätter kompetens i den medicinska etikens grammatik samt träning i etisk analys och argumentation.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Ågård A, Hermerén G, Wahlqvist M. Utbildning i medicinsk etik på läkarutbildningen: Vad ska det vara bra för? *Läkartidningen*. 2003;100:4202-6.
2. Hallberg L, Holm G, Lindholm N, Werkö L. *Invärtesmedicin*. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 1991.
3. Lynöe N. Medicinsk etik är mer än tyckande – formaliserad undervisning behövs. *Läkartidningen*. 1999;96:1697-701.
4. Papadakis MA. Do as I say, not as I do. *Am J Med*. 1998;104:605-6.
5. Satterwhite RC, Satterwhite WM, Enarson C. An ethical paradox: the effect of unethical conduct on medical students' values. *J Med Ethics*. 2000;26:462-5.
6. Jersild J. *Medicinska memoarer*. Stockholm: Bonniers Förlag; 2006.
7. Roff S, Preece P. Helping medical students to find their moral compasses: ethics teaching for second and third year undergraduates. *J Med Ethics*. 2004;30:487-9.
8. Mattick K, Bligh J. Teaching and assessing medical ethics: where are we now? *J Med Ethics*. 2006;32:181-5.
9. Nilstun T, Cuttini M, Saracci R. Teaching ethics to the experienced staff. *J Med Ethics*. 2001;27:409-12.

Nytt på vår webbplats

Läsarkommentar

Gå in på www.lakartidningen.se

och ge dina kommentarer

i direkt anslutning till våra artiklar.

Utmanande saklig

Läkartidningen