

Kan en tidigare morddömd person utbilda sig till läkare?

Det går inte att på formella grunder avstänga en morddömd student från läkarutbildningen. Utbildningsministern har meddelat att han inte har för avsikt att ändra på lagstiftningen. Kommer en sådan student att kunna fullgöra sina studier? Kommer läkare att ställa patienter till förfogande för den kliniska undervisningen? Kommer patienter att delta sedan de informerats om att studenten är dömd för mord? Det är frågor som diskuteras i detta inlägg av Niels Lynöe.

Den senaste tidens diskussion om huruvida en tidigare morddömd person som antagits till läkarutbildningen faktiskt borde ha blivit antagen har handlat om en sådan person *bör* eller *inte bör* få utbilda sig. Frågan om en tidigare morddömd faktiskt *kan* utbilda sig har inte diskuterats.

Inom moralfilosofin brukar man säga att en förutsättning för att man överhuvudtaget kan ställa den etiska frågan om man bör eller inte bör handla på ena eller andra sättet är att man faktiskt kan. Om jag står med en terminalt och obotligt sjuk patient är det inte meningsfullt att påstå att jag borde bota patienten; det finns inget val – jag kan helt enkelt inte.

Om jag på grund av gällande lagstiftning *inte kan* gå in i brottsregistret och kontrollera om en person som vill bli läkare har begått brott så är det heller inte meningsfullt att säga att jag borde ha gjort det. Även om det vid en intervju skulle framkomma upplysningar om att den sökande tidigare dömts för mord, är det möjligt att lagstiftningen inte tillåter universitetet att neka den sökande tillträda till utbildningen, i alla fall av det skälet. Nu är naturlagar och juridiska lagar inte samma sak men kan ha samma funktion. Lagstiftning kan ändras om det finns politisk vilja att göra

det. Men utbildningsministern har sagt han inte har för avsikt att ändra på lagstiftningen.

Det viktiga är så här långt att fastslå att ett *bör* förutsätter ett *kan* och att följande resonemang leder fram till ytterligare en »kan-fråga«.

Informerat samtycke. År 2005 kom det fram att sövda kvinnor hade medverkat i den kliniska undervisningen av läkarstudenter utan att ha informerats om att studenter hade fått träna gynekologisk undersökningsteknik på dem. Detta ledde till att Svenska Läkarsällskapets delegation för medicinsk etik år 2006 utvecklade »Riktlinjer vid patienters medverkan i den kliniska undervisningen av läkarstudenter«. Enligt dessa riktlinjer är det *informerade samtycket* en avgörande förutsättning för patienters medverkan i den kliniska undervisningen – helt i analogi med den kliniska forskningssituationen [1].

Vid de flesta svenska universitet med läkarutbildning har man i dag infört tidig patientkontakt. I samband med denna och även senare i studierna är det en självklarhet att patienter får adekvat information om att läkarstudenter kommer att närvara och vad detta innebär för patienten. Patienten ska sedan mot bakgrund av den givna informationen ta ställning till om han/hon vill eller inte

vill medverka [1]. Det betonas vidare att patienten alltid har rätt att säga nej, vilket också framgår av både Lissabondeklaration om patientens rättigheter samt förarbetena till nuvarande hälso- och sjukvårdslagstiftning [1, 2].

Det kan här vara på sin plats att påminna om Hälso- och sjukvårdslagens portalparagrafer, som säger att vården av patienter bland annat ska »tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen«, »bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet« samt »främja goda kontakter mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal«. Trygghet och goda kontakter kan man skapa bland annat genom att visa respekt för patientens värderingar, önskingar och åsikter (integritet) samt genom att respektera patientens rätt att vara med att bestämma (autonomi). Omvänt kan man antas kunna skapa otrygghet och dåliga kontakter genom att kränka patientens autonomi och integritet.

Vad är relevant information? Även i samband med patienters medverkan i den kliniska undervisningen har patienten rätt att känna trygghet och få sin autonomi och integritet respekterad. Det informerade samtycket kan sålunda ses som ett sätt att visa respekt för patientens självbestämmande och integritet. Men frågan är sedan vad som menas med relevant information. För patienten är det viktigt att känna till för- och nackdelar med att medverka; får man en mer noggrann utredning/behandling, får man förtur, är besöket kostnadsfritt?

Patienten vill också veta om besöket/undersökningen tar längre tid, hur säkert eller riskfyllt det är och om det finns obehag som annars inte skulle vara aktuellt om en mer erfaren läkare genomförde undersökningen/ingreppet. Av betydelse för att patienter säger ja till att delta anges också den läkarstuderandes bemötande, att det första intrycket är förtroendeingivande, att han/hon ger

»... information om att en läkarstudent tidigare har dömts för mord kan antas påverka patientens beslut, och patienten bör därför informeras om detta – annat vore att kränka patientens autonomi.«



NIELS LYNÖE
leg läkare, Stockholm

ett sympatiskt intryck, skapar trygghet och är ärlig, trevlig, ödmjuk, lugn och vårdad [3].

I syftet att bevara trygghetskänslan och förtroendet förefaller det uppenbart att adekvat information bör inkludera även information om att en aktuell läkarstuderande tidigare dömts för mord. Att inte informera patienten om detta skulle, om han/hon sedan fick reda på det, uppfattas som inadekvat information; med andra ord har patientens autonomi kränkts om han/hon inte fått relevant information som rimligen kan tänkas påverka patientens beslut.

Läraren/handleddaren som garant. En del av den kliniska undervisningen av läkarstuderande äger numera rum i primärvården. Det är alltså patienter som listat sig hos sin speciellt utvalda allmänläkare och som tillfrågas om att ställa upp i den kliniska undervisningen av läkarstuderande; det är ofta i kraft av patientens förtroende för sin läkare som patienten ställer upp. Frågan är då

om en läkare ens skulle tillfråga en av sina patienter om en läkarstuderande med en morddom i bagaget skulle få vara med vid ett besök; eller, som det tillämpas i samband med tidig patientkontakt, att speciellt utvalda patienter på läkarens förfrågan ställer upp för att en läkarstuderande ska få göra ett hembesök.

Konklusion. En förutsättning för att patienter deltar i den kliniska undervisningen av läkarstuderande är att patienten har fått relevant information. Relevant information är sådan som kan förväntas påverka patientens beslut; information om att en läkarstudent tidigare har dömts för mord kan antas påverka patientens beslut, och patienten bör därför informeras om detta – annat vore att kränka patientens autonomi.

Det är mindre sannolikt att det finns patienter som är beredda att ställa upp i sådana situationer, och det är inte troligt att exempelvis en allmänläkare ens skulle tillfråga sina patienter. En förut-

sättning för att en läkarstuderande ska få godkänt på sina kliniska kurser är att han/hon har deltagit i den kliniska undervisningen; en läkarstuderande som begått mord, och där detta blivit känt, kan sålunda troligen inte genomföra sina studier.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik. Riktlinjer vid patienters medverkan i den kliniska undervisningen av läkarstuderande. <http://www.svls.se/cs-media/xyz/000003701.pdf>
2. Declaration of Lisbon 2005. <http://www.slf.se/templates/Page.aspx?id=2820>
3. Westberg K. Informed consent and clinical training of medical students. Empirical studies of the effects of informing outpatients in advance [licentiatavhandling]. Umeå: Umeå universitet; 2005.

Fler debattinlägg på sidan 3688.