

Dubbla lojaliteter – läkaretik i kläm när sötebrödsdagarna är slut

Sjukvården går igenom en radikal förändring. 1960- och 1970-talens generösa expansion har förbytts i indragningar och krass ekonomi. Läkarkårens reaktion har varit blandad men har präglats av en stark lojalitet med patienterna. Efter hand har insikten om att sötebrödsdagarna oåterkalleligen är förbi rotat sig. Hur detta påverkat läkarkårens grundläggande värderingar, förhållandet till uppdragsgivaren och patienternas förtroende för läkarna har det varit förvånansvärt lite debatt om. Beklagligt nog.

BJÖRN RAMEL
bramel@swipnet.se

■ Inom rättsväsendet företräder juridiskt kunniga käre och svarande. Parternas syn på konflikten i fråga blir belyst, och en domare fattar ett neutralt beslut. Sjukvården ska inte lösa konflikter utan behandla sjuka, och verksamheten bygger på förtroende. Likväl uppstår tvister. I typiska fall, som när en patient anser sig felbehandlad, hanteras de av ansvarsnämnd eller motsvarande. Men sjukvården är också arena för mer subtila konflikter, eller snarare intressemot-sättningar, för vilka det inte alltid finns någon besvärinstans.

Enligt läkaretiken ska patientens hälsa alltid vara läkarens främsta mål [1]. I praktiken kan det dock se annorlunda ut. Stat, landsting, fackförbund, försäkringsbolag, läkemedelsindustri, sociala myndigheter, tredje man osv har alla starka intressen för hur resurser och kompetens inom vården används. Ibland kolliderar de med den enskilde patientens. Därmed också med den roll läkaren har som ett slags agent för patienten.

Medicinska beslut i gråzon

Det är inte alltid givet vad som är bäst för patienten. Framväxten av handlingsprogram, evidensbaserad medicin, läkemedelsrekommendationer och liknande har inte ändrat det faktum att många medicinska beslut tas i en gråzon där rätt och fel inte är entydigt. I detta gränsland kan läkare influeras av andra intressen än patientens utan att det leder till något formellt medicinskt fel. Men vem tjänar en läkare som delvis av kostnadsskäl avstår från en datortomografisk hjärnundersökning av en man i 60-årsåldern med två veckors anamnes på diffus huvudvärk utan neurologiska symtom? Landstinget eller patienten? Och vart vänder

sig patienten om han eller hon menar att svaret är landstinget?

Partsintressen har alltid sökt influera läkares agerande och är förmodligen ofrånkomliga. De neurosedynskadade barnen illustrerar att konsekvenserna kan bli förödande för enskilda individer, när medicinskt ansvariga läkare med tillsynsansvar ger efter för externa påtryckningar. Men lika allvarligt är de mer långsiktiga och subtila förskjutningar i läkares värderingar och tänkesätt som kan uppstå till följd av makthavares opinionsyttringar och ideologiska kantringar i samhället. De kan undergräva patienters föreställning om läkaren som deras bundsförvant.

Partsintressen i forskningsvärlden

I forskningsvärlden är partsintressena kanske mer uppenbara än i vardagssjukvården. Möjligen också mer reglerade. Inte minst genom Helsingforsdeklarationen och de lagstadgade forsknings-etiska kommittéer som godkänner och granskar forskning vid offentliga institutioner. Ändå segrar ibland sårintressena: En rapport från USAs senat konstaterade nyligen att Bushadministrationen på flera punkter manipulerat den vetenskapliga processen eller undertryckt forskningsresultat i syfte att gynna sina egna politiska och ideologiska intressen [3]. Administrationen vägrade exempelvis den miljöskyddande myndigheten EDA att utföra undersökningar av olika luftkvalitetsförslag som stred mot presidentens egna initiativ. Jordbruksdepartementet hindrade en av sina forskare att publicera eller presentera resultat som visade att industriell svinuppfödning bidrog till antibiotikaresistens.

Om intressekonflikterna för den kliniskt verksamme läkaren blivit fler på senare år är svårt att veta säkert, men det finns skäl att misstänka det. Kampen om

resurser och kostnadsansvar har hårdnat i många länder, terapimöjligheterna har blivit fler. Genetiska undersökningar kan ge svar som inte bara är av intresse för patienten utan också för släktingar, arbetsgivare och försäkringsbolag.

Det mest kända partsintresset står förmodligen läkemedelsindustrin för. Dess lobbyverksamhet är numera en integrerad del av vården och som regel lätt att genomskåda. Ändå lyckas läkarkåren som helhet inte alltid värna patienternas hälsointressen gentemot industrin. Hur ska vi annars förklara att sjukvården idag exempelvis satsar så förhållandevis bagatellartade summor på effektiv rökavvänjning, jämfört med vad som satsas på dyra mediciner med marginella effekter [4]? Varför tenderar läkare att använda det dyraste snarare än det billigaste av likvärdiga medicinska alternativ? På blodtrycksområdet medför detta en fördubbling av läkemedelskostnaderna [5].

Konflikten mellan staten och patienten

En annan och mer komplex intressekonflikt som sjukvårdsanställda kan hamna i är den mellan patienten och staten. Hur den ser ut och kan hanteras skärskådas i en mycket intressant rapport, »Dual loyalty and human rights«, som producerats av Läkare för mänskliga rättigheter i USA tillsammans med forskare från University of Cape Town i Sydafrika [6]. Rapporten definierar dubbla lojaliteter som en konflikt mellan sjukvårdsanställdas skyldigheter gentemot patienten, och åligganden, verkliga eller upplevda, uttalade eller underförstådda, till en tredje part som staten, arbetsgivare och försäkringsbolag.

Staten, ytterst ansvarig för hälso- och sjukvården i ett land, kan ha olika motiv för att pressa eller med lag tvinga läkaren att avvika från lojaliteten gentemot patienten. I många fall tjänar det ett socialt och försvarbart syfte. Det gäller skydd av tredje man i förbindelse med psykisk sjukdom, medicinska bedömningar vid rättsliga prövningar, sjukskrivningar eller utvärdering av funktionsförmåga efter skada exempelvis. Men, hävdar rapporten, ska avsteg från grundregeln om att patientens hälsa är det primära målet kunna rättfärdigas måste det ske öppet och rättvist.

Driven till sin spets kan läkares lojalitet mot staten leda till brott mot de

mänskliga rättigheterna. Som historien visat är risken störst under repressiva regimer där läkare deltagit i tortyr, avrättning och sterilisering av oliktankande eller oönskade individer, skrivit falska obduktionsprotokoll osv. Men rapporten ger flera exempel som visar att läkare också idag, och i öppna samhällen på grund av verklig eller upplevd press från staten, bryter mot de mänskliga rättigheterna.

I Sydafrika har hälsoministern beordrat läkare att inte ge våldtäktsoffer anti-retrovirala mediciner. När Tyskland skulle repatriera bosniska flyktingar 1998 fick poliskårens läkare bedöma om de medicinskt var i sådant skick att de kunde skickas hem – traumaexperter ansågs för sympatiskt inställda till flyktingarna. Det resulterade i politiskt motiverade bedömningar, bl a ignorerades tecken på trauma. I USA har akutläkare angett att de som följd av press från polisen och i strid med deras medicinska bedömning tillåtit patienter att föras till häktet i stället för att läggas in för vård. Asylsökande i flera länder förnekas vård, ofta med stöd i lagen. I Sverige har vuxna asylsökande exempelvis endast rätt till akut vård [7].

Ett annat exempel, som inte kommer från rapporten, gäller tvångsmedicinering av asylsökande som ska utvisas. Europarådets kommitté mot tortyr skriver i sin årliga rapport att de i flera länder hört anklagelser om tvångsmedicinering i syfte att underlätta avvisning av asylsökande [8].

Ett konkret fall gäller en familj som sökte asyl i Finland 2002. Enligt en preliminär rapport fann Kommittén dokumentation för att flera av familjens medlemmar, mot sin vilja, gavs neuroleptikainjektioner när de utvisades [9]. Artiklar i finländska medier tyder på att injektionerna gavs av en sjuksköterska och utan föregående läkarundersökning (<http://www.vasabladet.fi/arkiv.asp?docID=1905&katID=1>). Är anklagelserna riktiga innebär förfarandet ett brott mot de mänskliga rättigheterna.

Läkare tvingas dagtinga med etiken

Rikets säkerhet kan också vara ett motiv för staten att få läkare att dagtinga med målet om patientens hälsa. Ett aktuellt exempel rör USAs krig mot terrorismen. Tusentals afghanska fångar har klassats som olagliga kombattanter och fråntagits det skydd normala krigsfångar har under internationell lag.

I en artikel i BMC Medical Ethics argumenterar dr Jerome Sing för att den amerikanska läkarkåren, liksom läkarkollegiet generellt, har en etisk plikt (i enlighet med principen om att göra gott och undvika att göra ont) att pressa

USAs regering att ge fångarna status som krigsfångar [10]. Enligt uppgifter i press och medier har fångarna kastats mot väggar, bundits i smärftfulla positioner, förhindrats att sova osv. Är detta riktigt kan amerikanska militärläkare ha gjort sig medskyldiga till dessa missförhållanden genom att inte aktivt protestera mot hanteringen, menar Sing. Har de närvarat vid någon form av omänsklig behandling av fångar är det ett brott mot World Medical Associations Tokyo-deklaration. Istanbulprotokollet mot tortyr, omänsklig eller förnedrande behandling går ett steg längre och säger att läkare som övervarar eller misstänker att fångar behandlas illa ska rapportera detta. Sing menar också att USAs regerings öppet negativa hållning till fångarna kan innebära att läkare inte vill ge fångarna en rimlig vård.

När läkare i diktaturer och under direkta hot sätter statens intresse framför patientens övriga intressen är det knappast. Men i dessa samhällen, liksom i demokratiska, sker det också mer eller mindre frivilligt: för att läkare identifierar sig med staten och delar dess ideologi (vilket var en av orsakerna till läkarnas agerande i Nazityskland); för att de som anställda av staten också är mer påverkbara för press; för att läkare inte inser är att de är under press och i värsta fall medverkar till brott mot de mänskliga rättigheterna.

Utbildning i mänskliga rättigheter

Bland de omfattande riktlinjer rapporten om Dual loyalty and human rights presenterar för att underlätta för läkare och annan sjukvårdspersonal att hantera lojalitetskonflikter, ingår därför basal utbildning i mänskliga rättigheterna och verktyg för att identifiera situationer där de kan uppstå. Rapporten betonar vidare vikten av att sjukvårdspersonal stödjer kollegor, enskilt och kollektivt genom sina förbund, när staten förhindrar läkare att fullfölja sitt ansvar gentemot patienten. Tyvärr har USA:s läkarförbund exempelvis inte tagit avstånd från de misstänkta brotten mot fångarna på Guantanamo-basen.

Även i Sverige

Det dubbla lojalitetsproblemet kan verka en smula överdrivet i ett land som Sverige där vi sannolikt har få brott mot de mänskliga rättigheterna på hälsoområdet. Samtidigt är mekanismerna bakom dilemmat desamma här som i andra länder, och det vore naivt att blunda för att det kan få konsekvenser.

Den allmänna kostnadsmedvetenheten som på senare år spridit sig inom vården har exempelvis inneburit en väsentlig strömkantring av svenska läkares syn på sin egen roll. Vi förväntas inte bara

tänka på patienten framför oss, utan också på den nästa. Gör jag si med X, finns det då pengar över att göra så med Y? Detta är en följd av nya och barska ekonomiska villkor som vuxit fram i en demokratisk process. Läkaren har som ett slags tjänsteman att inom ramen för etiska regler, vetenskap och beprövad erfarenhet använda resurserna i enlighet med de prioriteringsriktlinjer riksdagen satt upp. Kostnadsmedvetenheten kan också försvaras med principen om att de med störst behov ska prioriteras. Men den kan också ses som uttryck för en omsorg om nationens budget, för en lojalitet gentemot staten som vuxit sig starkare på bekostnad av lojaliteten gentemot patienten. Och ju mindre pengar vården förbrukar, desto mindre tycks den få. Frågan blir då: hur långt kan läkaren gå i processen med att ta ansvar för resursernas användning utan att kompromettera det ursprungliga målet?

Svaret torde variera allt efter läkares roll inom sjukvårdens organisation. En chefsöverläkare har exempelvis ett annat ansvar för resursfördelningen än andra läkare. På senare tid har det kommit en del signaler som tyder på att delar av kåren allt mer går landstingspolitikens ärenden. Hugo Lagercrantz, professor i pediatrik vid Astrid Lindgrens barnsjukhus, uttryckte exempelvis på DN-debatt sitt missnöje med chefskollegor som är mer lojala mot landstingsledningen än med patienterna (förvisso utan att ge konkreta exempel). Och Södra läkemedelskommittén i Stockholm liknade nyligen i en skrift (Ett ögonblick, nr 4/03) uppmärksamheten kring Alzheimers sjukdom med modesjukdomar som colitis och grandios tuberkulos och förespråkade återhållsamhet med demenspreparat. Är hållningen resultatet av medicinska överväganden, oro över medikalisering eller en överdriven besparingsiver?

En svensk enkätstudie från 2002 visade vidare att drygt 70 procent av de tillfrågade läkarna helt eller delvis ansåg det motiverat att ge arbetande patienter förtur till olika kirurgiska åtgärder [11]. En positiv tolkning är att de i solidaritetens namn vill hushålla med nationens samlade resurser för att ge de mest behövande en bättre vård. I analogi med detta borde läkare kanske i så fall också låta direktörer med stort personalansvar gå först i kön? Och höginkomsttagare som bidrar mer till statens skatteintäkter än låginkomsttagare?

En annan förklaring till enkätutfallet är att läkarkårens grundvalar på ett mer eller mindre omedvetet plan påverkats av vårt samhälles allt mer cyniska ekonomiska tänkande. Ett tänkande där nationalekonomiska hänsyn fått ett för

stort inflytande och vars yttersta konsekvens är det Nazityskland där sterilisering av mindre begåvade motiverades med nationalekonomiska argument [12]. Ett bälverk mot en sådan utveckling är de etiska reglerna, som bl a stipulerar att läkaren aldrig får frångå principen om människors lika värde [1]. Kanske är de otillräckliga? Man kan också fråga sig hur patienten kan försvara sina rättigheter om reglerna överskrids? Till vilken instans ska den patient vända sig som anser sig åsidosatt på grund av egen arbetslöshet?

Läkare pressas hålla sjukfrånvaron nere

Vid bedömning av sjukskrivningsbehov ska läkaren fungera som ett slags neutral expert å statens vägnar. I debatten om de ökade kostnaderna för sjukskrivningar har läkarkåren dock i mer eller mindre explicita ordalag utpekats som en av syndabockarna [13]. Utan att gå in på det rimliga i detta lär vissa politikernas tal om »slentrianmässig sjukskrivning« betyda att många känner sig pressade att hålla sjukfrånvaron nere. Samhällsekonomiskt är det onekligen motiverat, men det är knappast läkarnas uppgift. Hur hanterar läkare denna press? Fasthåller man professionalismen eller ändras bedömningsmallen? Snabb rehabilitering av sjukskrivna har exempelvis blivit ett honörsord i den politiska debatten, men som Jan Lidbeck skriver i LT visar forskning att alltför tidig, ogenomtänkt och forcerad arbetslivsträning riskerar att slå ut individen från arbetslivet för gott [14]. Under alla omständigheter innebär expertrollen vid sjukskrivning ett avsteg från lojaliteten gentemot patienten. Detta bör enligt rapporten om Dual loyalty ske i full öppenhet.

Men är det så i Sverige? Hur många patienter är medvetna om att läkaren efter undersökning och eventuell behandling byter hatt för att ta ställning till behovet av sjukintyg? Kanske bör läkarens roll som neutral expert i denna och liknande situationer vara tydligare skild från, eller rent av skötas av en annan än, den behandlande läkaren? I det ögonblick läkaren tar ställning till sjukskrivningsbehovet står patienten i princip utan försvarare.

Debatten har uteblivit – beklagligt nog

Rationaliseringen inom sjukvården det senaste årtiondet har inneburit en radikal förändring jämfört med expansionen under 1960- och 1970-talen. Läkarkårens reaktion på omställningen har varit blandad: en del har kvävt sin ilska och kavlat upp armarna för att göra det bästa av situationen, många har protesterat eller sagt upp sig som chefer och ytterligare några har sökt en konstruktiv dialog med

den politiska ledningen. Utgångspunkten har varit – och är nog fortfarande – en stark lojalitet med patienterna. Efter hand förefaller insikten om att sötebrödsdagarna oåterkalleligt är förbi ha slagit rot. På sina håll följt av en resignation. Hur detta förlopp påverkat läkarkårens grundläggande värderingar, förhållandet till uppdragsgivaren och patienternas förtroende för läkarna har det varit förvånansvärt lite debatt om. Beklagligt nog.

Referenser

- Läkarförbundets etiska regler. <http://www.slf.se/templates/ArticleSLF.aspx?id=2830>
- Tallmo K E. Staten gör aldrig fel. DN 2003, 6 juli. <http://www.dn.se/DNet/jsp/polopoly.jsp?d=1194&a=158648>
- Waxman HA. Politics and science in the Bush administration. Augusti 2003.
- Gilliam H. Sjukvården nonchalerar rökningens risker. DN debatt 2003, 6 augusti.
- Melander A. Fem experter intervjuade om läkemedel. Nyttan för patienten kunde ha betonats mer. Läkartidningen 2002;99: 872-3.
- Dual loyalty and human rights in health professional practice: Proposed guidelines and institutional mechanisms, 2002. http://www.phrusa.org/healthrights/dual_loyalty.html
- Vårdguiden Stockholms läns landsting. <http://www.vardguiden.se/Article.asp?ArticleID=3279>
- European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). 13th General Report on the CPT's activities. <http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-13.htm>
- Preliminary observations made by the delegation of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) which visited Finland from 7 to 17 september 2003. <http://www.cpt.coe.int/documents/fin/2003-38-inf-eng.pdf>
- Singh J A. American physicians and dual loyalty obligations in the »war on terrorism«. BMC Medical Ethics, augusti 2003. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6939-4-4.pdf>
- Rosén P. Attitudes to prioritisation in health services. The views of citizens, patients, health care politicians, personnel, and administrators. DrPH-avhandling. Nordic school of public health, 2002:1.
- Hanauske-Abel HM. Not a slippery slope or sudden subversion: German medicine and national socialism in 1933. BMJ 1996;313: 1453-63.
- Riksdagen. Snabbprotokoll 2002/03:111. [http://www.riksdagen.se/debatt/200203/prot/111/111S0247.ASP](http://www.riksdagen.se/debatt/protokoll/prot_frames.asp?URL=http://www.riksdagen.se/debatt/200203/prot/111/111S0247.ASP)
- Lidbeck J. Föregående teorier och statliga direktiv – hinder för effektiv rehabilitering. Läkartidningen 2003;100:3782-3.

Särtryck

Läkartidningen

Boken "Mannen bakom syndromet" har fått en efterföljare: "Kvinnorna och männen bakom syndromen" med 70 artiklar som publicerats i Läkartidningen under 1990–1996. Den tar upp namn som Asperger, Bichat, Fanconi och Waldenström. Här finns också män "bakom metoden", exempelvis Doppler och Röntgen.

Denna nya bok omfattar 248 sidor och är rikt illustrerad, även med färgbilder. Därtill finns en sammanställning (i förminskat utförande) av de uppskattade tidningsomslag som hör till serien.

Priset är 210 kronor



Kvinnorna och männen bakom syndromen

Beställer härmed.....ex av boken

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

**Insändes till Läkartidningen
Box 5603
114 86 Stockholm**

Faxnummer: 08-20 74 35

**www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker**